Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica:

revisión hermenéutica

1971-2016

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Editorial

Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica:

revisión hermenéutica

1971-2016

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Editorial

Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica: revisión hermenéutica (1971-2016)

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque
© Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Rectora: María Clara Rangel Galvis

Primera edición, agosto de 2019
ISBN: 978-958-739-172-5 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-173-2 (Digital)

Hecho en Bogotá D.C., Colombia
Vicerrectoría de Investigaciones
Editorial Universidad El Bosque
Av. Cra 9 n.° 131A-02, Bloque O, 4.° piso
+57 (1) 648 9000, ext. 1395
editorial@unbosque.edu.co
www.unbosque.edu.co/investigaciones/editorial

Editor: Miller Alejandro Gallego C.
Coordinación editorial: Leidy De Ávila Castro
Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto A.
Corrección de estilo: Enrique Rodríguez Araujo
Impresión: Javegraf
Agosto de 2019
Bogotá, Colombia

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad El Bosque.

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Acreditación institucional de alta calidad: Resolución 11373 del 10 de junio de 2016, MEN.

613 A66m

Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica: revisión hermenéutica 1971-2016 / compilado por Mauricio Alberto Rodríguez Escobar -- Bogotá: Universidad El Bosque, 2019.

704 p.; ilustraciones, gráficas y tablas
Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-958-739-172-5 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-173-2 (Digital)

1. Medicina familiar y comunitaria -- América Latina 2. Atención primaria de salud -- América Latina 3. Sistemas de salud -- América Latina 4. Servicios de salud -- América Latina I. Rodríguez Escobar, Mauricio Alberto (compilador) II. Universidad El Bosque.

NLM: WA 308

Fuente. SCDD 23ª ed y NLM. – Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (Agosto de 2019) - NGG

Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica:

revisión hermenéutica

1971-2016

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Editorial

Contenido

Prólogo 13

Introducción 21

Capitulo I.
Medicina familiar y atención primaria en salud 32
Medicina familiar y atención primaria en salud 34

Capitulo II.
Desarrollo de la medicina familiar y la APS en Iberoamérica 76

Sección 1. Canadá, España, Cuba y México 78

CANADÁ 82
Contexto del sistema de salud 83
Características generales del país 83
Generalidades del sistema de salud 85
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 99
Formación en medicina familiar 99
Medicina familiar y atención primaria en salud 113
Experiencia significativa 128
Síntesis 134

ESPAÑA 144
Contexto del sistema de salud 145
Características generales del país 145
Generalidades del sistema de salud 147

Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 154
Formación en medicina familiar 154
Medicina familiar y atención primaria en salud 168
Experiencia significativa 176
Síntesis 178

CUBA 188
Contexto del sistema de salud 189
Características generales del país 189
Generalidades del sistema de salud 191
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 195
Formación en medicina familiar 195
Medicina familiar y atención primaria en salud 200
Experiencia significativa 204
Síntesis 209

MÉXICO 214
Contexto del sistema de salud 215
Características generales del país 215
Generalidades del sistema de salud 217
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 220
Formación en medicina familiar 220
Medicina familiar y atención primaria en salud 228
Experiencia significativa 230
Síntesis 232

Conclusiones sección 1 236

Sección 2. Brasil, Costa Rica y Paraguay 256

BRASIL 262
Contexto del sistema de salud 263
Características generales del país 263
Generalidades del sistema de salud 266
Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios 277
Formación en medicina familiar 277
Medicina familiar y atención primaria en salud 306
Experiencia significativa 314
Síntesis 322

COSTA RICA 336
Contexto del sistema de salud 337
Características generales del país 337
Generalidades del sistema de salud 339
Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios 348
Formación en medicina familiar 348
Medicina familiar y atención primaria en salud 353
Síntesis 357

PARAGUAY 362
Contexto del sistema de salud 363
Características generales del país 363
Generalidades del sistema de salud 365
Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios 370
Formación en medicina familiar 370

Medicina familiar y atención primaria en salud 374
Síntesis 375

Conclusiones sección 2 380

Sección 3. Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela 396

ARGENTINA 400
Contexto del sistema de salud 401
Características generales del país 401
Generalidades del sistema de salud 403
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 408
Formación en medicina familiar 408
Medicina familiar y atención primaria en salud 414
Síntesis 418

CHILE 422
Contexto del sistema de salud 423
Características generales del país 423
Generalidades del sistema de salud 425
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 441
Formación en medicina familiar 441
Medicina familiar y atención primaria en salud 449
Síntesis 452

URUGUAY 460
Contexto del sistema de salud 461

Características generales del país 461
Generalidades del sistema de salud 464
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 470
Formación en medicina familiar 470
Medicina familiar y atención primaria en salud 474
Síntesis 478

VENEZUELA 482
Contexto del sistema de salud 483
Características generales del país 483
Generalidades del sistema de salud 485
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 488
Formación en medicina familiar 488
Medicina familiar y atención primaria en salud 501
Experiencia significativa 505
Síntesis 508

Conclusiones sección 3.....514

Sección 4. Colombia, Ecuador y Perú 530

COLOMBIA 534
Contexto del sistema de salud 535
Características generales del país 535
Generalidades del sistema de salud 537
Formación del médico familiar, atención primaria
y modelo de prestación de servicios 575
Formación en medicina familiar 575

Medicina familiar y atención primaria en salud 588
Síntesis 591

ECUADOR 602
Contexto del sistema de salud 603
Características generales del país 603
Generalidades del sistema de salud 605
Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios 612
Formación en medicina familiar 612
Medicina familiar y atención primaria de salud 619
Síntesis 622

PERÚ 628
Contexto del sistema de salud 629
Características generales del país 629
Generalidades del sistema de salud 631
Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios 635
Formación en medicina familiar 635
Medicina familiar y atención primaria en salud 639
Síntesis 641

Conclusiones sección 4 644

Conclusiones generales 659

Listado de siglas generales 702

Prólogo

En el léxico médico y del área de la salud en general, la denominación medicina familiar con frecuencia ha sido un tanto elusiva y, en ocasiones, aún un poco equívoca. Las varias acepciones y alcances del uso de esta expresión surgieron para designar modalidades de la práctica médica en las cuales sus ejecutores, supliendo con dedicación y entrega tanto limitaciones científicas como la falta de recursos técnicos inherentes a una ciencia médica en evolución, lograndо así cultivar gran respetabilidad, confianza y afecto de las familias y sociedades para quienes patentizaron un noble y honroso desempeño.

La respetable y añorada imagen del médico del barrio o localidad, con la disponibilidad y la capacidad de atender a satisfacción el parto a domicilio, de cuidar a los infantes en sus avances hacia la niñez, a la madre y el padre en sus dolencias de la edad adulta y a los abuelos en sus achaques longevos, fue por largos tiempos la expresión paradigmática del médico de la familia, del médico familiar o de cabecera como, en algunos medios, todavía se le denomina e invoca.

Desde mediados del siglo pasado, sin embargo, esa reminiscente percepción de la medicina familiar y del mítico personaje que, por muchos lustros, honrosamente la representó, ha experimentado cambios muy significativos. El reconocimiento en el campo de las políticas públicas de principios y valores inherentes a la salud, en sus expresiones del orden individual y colectivo así como en el amplio y prodigioso desarrollo de las ciencias de la salud y sus instrumentaciones aplicativas, han marcado campos especializados de la práctica de estas profesiones, la medicina en particular, una de cuyas áreas actualmente se ubica en la formación y la práctica de la especialidad en Medicina Familiar con evidentes expectativas de ampliación de responsabilidades y proyecciones.

En el marco de esos procesos de cambio que han incidido tanto en las características del contexto como en la evolución y desarrollo del ejercicio de las profesiones del área de la salud, la medicina entre ellas, el programa de posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, desde sus

comienzos, ha otorgado especial atención al análisis y seguimiento de estos cambios tanto en el país como en otros medios de la formación y práctica de esta especialidad. Esa motivación e interés en estos temas han sido evidentes en los estudios efectuados por el Programa respecto a los países de Iberoamérica, incluida Colombia, y se hacen patentes nuevamente con el desarrollo de la investigación cuyos resultados son objeto de esta publicación.

El propósito de esta nueva investigación es hacer seguimiento a la evolución de la medicina familiar en países iberoamericanos con un objetivo general que se orienta a "identificar, sistematizar y analizar los aportes que la medicina familiar ha hecho en Iberoamérica a la atención primaria en salud (APS) y sus posibles aplicaciones al contexto colombiano". En ese contexto, como objetivos específicos se busca "revisar las diferentes experiencias documentadas sobre la formación y el ejercicio de la profesión de médicos familiares en Iberoamérica, interpretar el aporte que han hecho las experiencias seleccionadas y los médicos familiares al desarrollo de la APS en diferentes escenarios y analizar los cambios que se han requerido para que estas experiencias sean exitosas".

Dentro de esas orientaciones, la definición del universo del estudio buscó seleccionar sistemas de servicios de salud que utilizan la modalidad de adscripción de la población a unidades básicas (puerta de entrada) en las cuales la atención está a cargo de equipos en los que hay participación activa de médicos familiares, adicionalmente se estableció que los anteriores criterios obedecieran a definiciones explícitas de una política de atención de salud del país. La combinación de estos criterios permitió seleccionar catorce países, cuyo grado de cumplimiento de los parámetros indicados condujo a una clasificación en cuatro grupos, el primero de los cuales incluyó a Canadá y España como referentes de comparación de las situaciones motivo de estudio, realizado básicamente mediante la revisión documental de referencias nacionales e internacionales pertinentes.

Los hallazgos de este estudio sobre la evolución y situación actual de la medicina familiar en los países iberoamericanos seleccionados se

comparten en esta publicación, mediante un capítulo inicial que precisa alcances y objetivos del estudio, sus antecedentes, principales áreas de interés y referencias pertinentes de la medicina familiar en los países abordados, así mismo se esbozan algunos de los resultados esperados.

El siguiente componente de la presentación, subdividido en cuatro secciones y estas, a su vez, en secciones, uno para cada país, describe los hallazgos, la evolución y la situación observada de la especialidad en Medicina Familiar en los países revisados, con sujeción a un esquema común y criterios preestablecidos, dirigidos a facilitar la revisión y el análisis comparativos.

Los capítulos que abordan las situaciones nacionales describen y analizan las respectivas experiencias de evolución histórica e institucional de la medicina familiar, siguiendo un formato común, que destacan características pertinentes del contexto nacional y el sistema de servicios de salud respectivos, con referencia al desarrollo de la medicina familiar y, en especial, su contribución a la implementación de la APS. Así mismo, este formato compartido facilita la identificación y el análisis de tendencias que, en una u otra medida, condicionan o han influido en el desarrollo de la especialidad en los países del conjunto iberoamericano analizado.

En el apartado final se reseñan las conclusiones de la investigación, cuyos resultados, acordes con los objetivos adoptados, a la vez que examinan y destacan la heterogeneidad de las situaciones nacionales, hacen evidentes y permiten reconocer lo que cabe interpretar como nuevas tendencias de evolución y también retos para la medicina familiar en la situación actual de los servicios de salud de los países que participan de esta investigación, particularmente en Colombia.

Desde esa perspectiva, los resultados de esta investigación indican que en el panorama actual de los servicios de salud de los países estudiados, Colombia incluida, es evidente que la especialidad en Medicina Familiar cuenta con un conjunto de conocimientos y de requerimientos para el desempeño profesional que le garantizan una vocación inequívoca para

el ejercicio de la medicina clínica; sin embargo, para el aprovechamiento pleno de esta condición y su potencial de proyección en el área social, se habrá de beneficiar con un más amplio contingente de competencias que le apoyen y le permitan legitimar una inserción efectiva en el espacio, conceptual y operativo, cada vez mejor definido, en que confluyen y se complementan acciones propias del cuidado integral de la salud de las personas con los saberes y las acciones homólogas de orden y proyección colectiva.

En consecuencia, la medicina familiar está llamada a actuar como protagonista principal en el área de encuentro y complementación política, conceptual y laboral de las acciones de la salud pública y de la atención médica convencionales, para lo cual se ha llevado a cabo una búsqueda infructuosa de soluciones complementarias en ámbitos y países de América Latina desde las décadas de 1960 y 1970.

Para esos efectos, la aplicación de resultados de la revisión de experiencias sobre el desarrollo de la especialidad en Medicina Familiar, en los ámbitos iberoamericanos y Canadá, facilitará generar respuestas a la necesidad sentida de armonización y complementación que requiere la gestión integral del riesgo en salud y la aplicación efectiva de conceptos y preceptos conducentes al cuidado integral de la salud de las personas y comunidades que ellas integran, con la consideración debida de los factores de orden ambiental, social y del comportamiento individual y colectivo determinantes primigenios de sus condiciones de salud.

En ese sentido, el fortalecimiento de la formación biopsicosocial, paradigma básico de la especialidad, habrá de capacitar y empoderar a estos profesionales para asumir ese nuevo cometido y los deberá facultar para concretar resultados que, en intentos de etapas anteriores, se ha buscado surtir mediante la medicina preventiva, la medicina social, la medicina comunitaria y aun la propia APS en la concepción estratégica y holística de atención integral de la salud que le fuera asignada en la Declaración de Alma Ata.

Las observaciones del estudio realizado destacan la necesidad de fortalecer la presencia de la medicina familiar en el pregrado para mejo-

rar en los estudiantes la percepción de esta opción académica y motivar su futura vinculación y, así mismo, se resalta la conveniencia de explorar campos de práctica para las nuevas cohortes. En esencia esas anotaciones llaman la atención sobre la necesidad de revisar la pertinencia y el grado de adecuación de los escenarios de práctica utilizados actualmente tanto en los programas de pregrado de las profesiones de la salud, medicina en particular, como en la propia especialidad en Medicina Familiar.

A este respecto, los resultados de la investigación reconocen la oportunidad que confronta la especialidad de promover un debate, para su propia conveniencia y por supuesto como contribución hacia la reconsideración por parte de otras disciplinas de utilización primordial de escenarios de práctica en hospitales de alta complejidad, para reemplazarlos por espacios de formación en unidades cuyas actividades respondan mejor a las necesidades de formación en las profesiones básicas de la atención de la salud.

En esa línea, también se plantea a la medicina familiar el reto de estimular en Colombia, en asocio con las universidades, el desarrollo de escenarios de práctica en componentes primarios del sistema de servicios de salud, previstos en la Política de Atención Integral (PAIS) y en el Modelo de Atención (MIAS), como espacios prioritarios para esta especialidad y para los pregrados en áreas de la salud. Esos centros serían laboratorios apropiados para la formación interprofesional e interdisciplinaria que exige la implementación de la APS, incluida la educación continuada en la especialidad, dirigida a médicos generales que hoy tienen dos o tres décadas de expectativa laboral, quienes serán los agentes efectivos del cambio requerido en el sistema de servicios de salud en los próximos años.

De la lectura de este trabajo minucioso de investigación, como es el caso de las líneas de acción revisadas en los párrafos anteriores, sería posible derivar otras iniciativas, ya fuera para impulsar el avance de la especialidad o para apoyar acciones de desarrollo en áreas relacionadas con la promoción y consolidación de la APS en los países iberoamericanos o con la implantación del MIAS en Colombia u otros campos de interés en el sis-

tema de servicios de salud o de la formación del talento humano en salud para esos menesteres; no es ese el propósito de estas anotaciones aportadas a manera de prólogo del presente trabajo que claramente trasciende el interés académico y el ámbito de la Especialización en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque y se proyecta con derecho propio en el contexto de Iberoamérica.

En el panorama nacional colombiano la realización de este esfuerzo sistemático de varios años de trabajo y dedicación constituye una contribución calificada y oportuna para una reflexión informada sobre un tema que, en este momento, el país requiere con urgencia para sustentar y orientar la revisión de una nueva instancia en el desarrollo del sistema de servicios de salud. Desde esas perspectivas y alcances, en el ámbito nacional este trabajo habrá de contar con un merecido reconocimiento tanto de la comunidad académica como de los estamentos y sectores políticos y administrativos del área de salud, a quienes corresponde adoptar las decisiones críticas en la organización de la atención en salud de la población colombiana. Cabe finalmente destacar la participación activa de varias promociones de residentes del posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque en las diferentes etapas de este estudio, lo cual configura un aporte significativo en su formación y un valor agregado para el rol y funciones que habrán de acometer como actores de primera línea en la implementación de las políticas públicas que adoptan la medicina familiar como una de las estrategias básicas en la nueva etapa de evolución y desarrollo de los servicios de salud en el país.

Jorge Castellanos Robayo

Agradecimientos

A mi esposa Martha Lucia y a mis hijos Juan Mauricio y José Gabriel, por su comprensión y por todo el tiempo que dejé de compartir con ellos. A Martha Moreno por su excelente trabajo en la corrección del estilo y redacción, su acompañamiento y sus enseñanzas. Al conjunto de estudiantes y docentes que participaron y me dieron la oportunidad de compilar esta obra. A la Vicerrectoría de Investigaciones por la apertura de convocatorias que permiten avanzar en investigación en la Universidad El Bosque, a su editorial y todo el equipo de trabajo, por su paciencia y aprendizaje conjunto que permitieron finalmente publicar esta obra. Sobre todo a Dios porque sin su voluntad nada se puede lograr.

Introducción

El grupo de investigación Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque, vinculado a Colciencias, creó en 2009 la línea Salud Familiar y Atención Primaria. Este libro es resultado del trabajo que en ella se desarrolla. En el año 2012 se publicaron los resultados de su primera investigación bajo el título *Programa de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque: su iniciación, su desarrollo y su impacto* (2012). Los resultados y conclusiones de este estudio indican que en Colombia existe una brecha entre la formación de médicos especialistas en atención primaria -como la que ofrece la especialidad de Medicina Familiar- y los ámbitos donde estos profesionales laboran. En general, se espera que el médico familiar se desempeñe en escenarios de puerta de entrada del sistema, para que preste una atención integral a las personas en sus ciclos individuales y familiares. Sin embargo, en el primer nivel de atención del sistema de salud colombiano, esta puerta de entrada se encuentra restringida por la normatividad y la organización de los servicios, y no se ha consolidado su carácter resolutivo y eficiente.

El estudio sobre el programa de Medicina Familiar de la Universidad también documentó que la atención primaria en salud promovida por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone organizaciones más coherentes con la filosofía requerida para organizar servicios basados en la medicina familiar. Para lograr lo anterior, los modelos que han sido implementados en países europeos y en Canadá incluyen una resolutividad en la puerta de entrada superior al 80 % y asignan a la figura del médico familiar un rol importante en esta ubicación. En Colombia, los programas de formación en esta especialidad siguen los mismos principios que en Europa y Norteamérica, pero, en general, sus egresados no laboran en puerta de entrada, sino que se ubican como coordinadores en centros de atención ambulatoria, médicos integrales de enfermedades de alto costo en atención de patologías crónicas como diabetes e hipertensión entre otras, o como docentes y médicos de atención en cuidados paliativos y urgencias (la excepción a esta norma

solo la encontramos en la medicina prepagada o en regímenes especiales como el de Ecopetrol), lo cual evidenció que faltaba ampliar el conocimiento acerca del rol que puede cumplir el médico familiar en la atención primaria y, en general, la necesidad de identificar, sistematizar y analizar los aportes que la medicina familiar iberoamericana ha hecho a la atención primaria en salud y sus posibles aplicaciones al contexto colombiano. Con este objetivo, se diseñó y llevó a cabo la investigación denominada "Aportes de la formación de médicos familiares al desarrollo de la atención primaria en Iberoamérica. Una revisión hermenéutica", que contó con la aprobación y la financiación de la Universidad El Bosque a través de la cuarta convocatoria interna para proyectos de investigación e innovación tecnológica realizada en el año 2012 por la División de Investigaciones, hoy Vicerrectoría de Investigaciones.

La primera fase de la revisión bibliográfica permitió identificar los antecedentes sobre el tema en el contexto iberoamericano. Los tres más relevantes son el artículo "Slow progress" (Knox, Ceitlin y Hahn, 2003), la serie "Medicina Familiar en América Latina", publicada en la revista *Atención Primaria* en el año 2006, y el artículo titulado "La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos" (Suárez-Bustamante, 2008).

En su artículo, Knox, Ceitlin y Hahn describen el proceso de incorporación de la medicina familiar a nivel de pregrado en Latinoamérica. De acuerdo con los resultados de las encuestas realizadas a miembros de facultades de medicina de Argentina, México, Colombia y Panamá (de 100 enviadas respondieron 65 universidades), 52 % de los encuestados refirieron que la especialidad tenía una baja participación en el pregrado. Las barreras que mencionaron se pueden clasificar en tres categorías: percepciones acerca de la especialidad, recursos y demanda e intereses de los estudiantes. La primera incluye reglas rígidas para el cambio curricular, la subvaloración de la especialidad, la creencia de que el contenido ya está adecuadamente incorporado dentro del entrenamiento subespecializado, y la práctica de la atención familiar en contraposición con la práctica espe-

cializada. La segunda categoría comprende básicamente la falta de dinero, de tiempo para proporcionar una experiencia de continuidad, de sitios de capacitación clínica, de especialistas para enseñar y de inclusión en el plan de estudios. La tercera se refiere a la percepción de oportunidades laborales limitadas y al poco interés en la especialidad (Knox, Ceitlin y Hahn, 2003). El segundo antecedente es la serie *Medicina Familiar* en América Latina, publicada con la coordinación del doctor Julio Ceitlin, que describe cómo ha evolucionado la medicina familiar en doce países latinoamericanos, cuyo artículo final es el informe de los avances alcanzados hasta 2006. El seguimiento a cada experiencia tiene en cuenta ocho aspectos: la medicina familiar en relación con la seguridad social, con los ministerios de salud y con el pregrado; los posgrados y la universidad; el futuro de la especialidad; las dificultades y problemas; la visión y la relación entre médicos familiares y población. De acuerdo con los resultados, a principios de la década de los ochenta solo tres países contaban con esta especialidad, y en ellos había un total de 21 programas funcionando. En 1990 el número de países aumentó a 18, y los programas ascendieron a 160. Este informe también presenta el número de médicos familiares que en ese momento existía en cada uno de los 18 países, y hace una proyección acerca del número que se requeriría para poder desarrollar realmente el modelo, tomando como indicador un médico familiar por cada 2000 habitantes (Ceitlin, 2006).

En el tercer antecedente, el doctor Miguel Ángel Suárez-Bustamante presenta los desafíos que debe afrontar el Perú para desarrollar la especialidad; por ejemplo, la necesidad de establecer un modelo orientado hacia la atención primaria con la participación de médicos familiares, la formación masiva de médicos con esta especialidad, y la implementación tanto de modelos de prestación de servicios adecuados para la salud familiar como de un sistema de calidad que incluya certificación, recertificación y acreditación. Para contextualizar estos desafíos, describe las etapas en las que ha sido notorio el impulso dado a la medicina familiar en Iberoamérica: la primera, en las décadas de los sesenta y setenta, gracias al desarrollo

de la especialidad en Inglaterra y Norteamérica; la segunda, en los años noventa, con el apoyo de la OMS y la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca, por su nombre en inglés); y la tercera, a principios de siglo XXI, debido a la renovación de la APS promovida por la OPS.

Este documento es el resultado de un estudio cualitativo hermenéutico que comprendió la recopilación, organización, resumen y análisis de 273 publicaciones de diferentes experiencias escritas sobre la formación de médicos familiares en Canadá e Iberoamérica. La búsqueda inicial se centró en bases de datos y se desarrolló con los siguientes conceptos clave:

- Primary care and Family practice and Graduate Education.
- Primary care and Family practice and Resident education.
- Primary care and Family practice and Care mode.
- Primary care and Family practice/History.
- Health system and Family practice and Education graduate.
- Primary care and Family practice and Organization and Administration.

Los estudios seleccionados se clasificaron en siete categorías:

1. Estudios observacionales descriptivos.
2. Estudios observacionales analíticos.
3. Estudios cuasiexperimentales.
4. Estudios experimentales.
5. Revisión sistemática y revisión de la literatura
6. Estudio cualitativo (con una metodología explícita)
7. Documento narrativo (editoriales, experiencias).

Se excluyeron los estudios que abordan patologías específicas u otra profesión o especialidad, así como los relacionados con los pacientes y la familia, o los dirigidos a la comunidad sin incluir a médicos familiares.

También se recurrió a documentos de organizaciones internacionales como la OPS, la OMS y la Wonca, así como a información sobre los sistemas de salud y la atención primaria en los países seleccionados. A este último grupo pertenece la serie sobre los sistemas de salud en Latinoamérica, publicada en la revista Salud Pública de México (2011), las publicaciones reunidas bajo el título *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur*, del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (constituido como un centro de altos estudios y debate de políticas públicas de los países de Unasur), y los datos demográficos e indicadores de salud de los países seleccionados, compilados en la página web de la Agencia Central de Inteligencia. También se revisó un conjunto de artículos hallados en la red, algunos académicos y otros periodísticos, que permitieron complementar la información sobre el contexto de cada país y sus sistemas de salud.

De manera simultánea al análisis de la información y la edición de los capítulos, en los casos en que fue posible, se actualizaron los hallazgos bibliográficos mediante la participación de los investigadores en cumbres o congresos organizados por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) entre 2010 y 2016, y en el Diálogo virtual sobre la formación de especialistas en medicina familiar organizado por la OPS y la CIMF como parte del Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. En este último fue posible conocer de primera mano la forma como los líderes en medicina familiar en Iberoamérica perciben el desarrollo de implementación de la APS en sus países. Otra fuente de reciente publicación es la Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, en sus ediciones de enero a marzo y de noviembre del 2016, donde se discuten temas de interés para Iberoamérica, como la producción y difusión del conocimiento de la especialidad, los programas de formación en medicina familiar, el análisis

comparativo de la certificación y recertificación, la calidad en la APS, la cobertura universal en salud, la atención primaria y la medicina familiar. Estas discusiones han generado algunos artículos escritos por los grupos de trabajo conformados para las dos últimas cumbres iberoamericanas realizadas en Ecuador (2014) y Costa Rica (2016).

El análisis de unidades hermenéuticas independientes se realizó con el software Atlas Ti (versión 7), con base en seis categorías de análisis deductivo:

- Historia de la medicina familiar.
- Sistema de salud.
- Programas de residencia de medicina familiar.
- Campo de acción esperados y reales de la medicina familiar.
- Atención primaria en salud.
- Rol del médico de familia y experiencias significativas.

El trabajo anterior permitió interpretar los aportes que se han hecho al desarrollo de la atención primaria en salud en diferentes escenarios. En la fase final, se unificaron las diferentes unidades hermenéuticas por país, se trianguló la información y se adelantaron diversas presentaciones y discusiones acerca de los avances de investigación en diferentes foros realizados por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, la Universidad El Bosque y la Asociación Colombiana de Empresas de Atención Integral.

Durante dos años, un equipo conformado por veinticinco residentes del Programa y cinco docentes investigadores participó en las diferentes fases de la investigación. Se requirieron tres años adicionales para sistematizar la información, elaborar las versiones preliminares de los capítulos sobre los países seleccionados, revisarlas con el apoyo de colegas de la Facultad y del exterior, analizar las tendencias por grupos de países, y construir las conclusiones, tanto parciales como generales.

El proceso editorial para transformar los resultados de investigación en una publicación ágil y de fácil consulta para cualquier lector interesado en el tema contó con la asesoría del Grupo de Revisión y Análisis de Textos (GRAT) del Departamento de Humanidades de la Universidad. En este proceso se decidió organizar la información en quince capítulos, estructurados en dos partes. La primera comprende un capítulo único donde se presentan los conceptos generales de medicina familiar y atención primaria, así como los antecedentes en Iberoamérica. La segunda reúne los capítulos sobre las experiencias de los catorce países seleccionados para el estudio: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, Ecuador, México, Perú, Uruguay, Paraguay y Venezuela. Estos capítulos dan cuenta del contexto general del sistema, del compromiso con la atención primaria en salud (APS), de la organización de servicios, y de los aportes de la formación de médicos familiares al desarrollo de la APS.

Estas catorce experiencias se clasificaron de acuerdo con el grado de organización logrado para desarrollar la APS y la participación de los médicos familiares en esta. Para ello, se tuvieron en cuenta dos criterios principales: el primero, la adscripción poblacional o responsabilidad que pueda tener un equipo de atención sobre la salud de una población determinada, más exactamente sobre la prestación de servicios de esta población; el segundo, la presencia de médicos familiares en dichos equipos.

Para consolidar la clasificación inicial que se desprende de utilizar estos dos criterios, se tuvo en cuenta si los países habían conformado equipos de APS y si estos tres criterios formaban parte de una política explícita. Cuando los documentos consultados ofrecían esa información, también se tuvo en cuenta el grado de avance que reportaba cada país en la implementación de la APS.

De conformidad con lo anterior, los países se organizaron en cuatro grupos. El primero reúne a las naciones que han logrado desarrollar un modelo de atención primaria con adscripción poblacional generalizado, y que en la puerta de entrada cuentan con médicos familiares en más del 50 %: Ca-

nadá, España, Cuba y México (capítulos del 2 al 5). En el segundo grupo se encuentran los países que tienen desarrollado, en alguna proporción, el modelo de atención primaria con adscripción poblacional, pero en los cuales el médico familiar no actúa prioritariamente como médico de cabecera. Aquí se ubican Brasil y Costa Rica, y puede incluirse Paraguay (capítulos del 6 al 8). En los dos primeros países, los equipos de atención primaria se encuentran institucionalizados y tienen una cobertura mayor a 50 %, mientras que en el tercero, a pesar de que los equipos están institucionalizados, su cobertura está alrededor de 25 %.

El tercer grupo comprende aquellos países con situaciones diversas, algunas con adscripción poblacional, otras no, o con combinación de ellas, que cuentan con experiencias concretas donde participan médicos familiares. Se trata de Argentina, Chile y Uruguay, y puede incluirse Venezuela (capítulos del 9 al 12). Estas naciones presentan experiencias de equipos de APS con médicos familiares exitosas, pero no han tomado la decisión de generalizarlas. Venezuela tiene una circunstancia especial, por la que requiere un análisis independiente. El cuarto grupo lo conforman los países que tienen propuesto el modelo, pero aún no cuentan con experiencias exitosas concretas; es decir, la implementación del modelo es más una intención que un hecho. Tal es el caso de Colombia, Ecuador y Perú (capítulos del 13 al 15), donde se han hecho reformas a la APS y se planea organizar equipos de salud con la participación de los médicos familiares.

Es necesario aclarar que en la literatura revisada no se encuentra esta clasificación de forma explícita y la información que permite ubicar un país en un grupo o en el otro en ocasiones tiene límites borrosos. En otras palabras, la organización de los países en estos cuatro grupos es una propuesta de clasificación abierta a discusión.

En general, esta revisión hermenéutica se basa principalmente en publicaciones sobre medicina familiar y la atención primaria en estos catorce países. Por tanto, no pretende ser una actualización de lo ya escrito, sino un análisis interpretativo que permita comprender el contexto en el

que puede aportar la formación de médicos familiares en el desarrollo de la APS. Esperamos que este aporte ayude a tener una prospectiva que permita planear mejor el desarrollo de esta especialidad en Colombia y otros países que se encuentran en condiciones similares. En las conclusiones se ofrecen directrices en torno a las estrategias que pueden desarrollarse para que el especialista en medicina familiar pueda consolidar su potencial en el escenario de una reforma dirigida a implementar la estrategia de la APS en nuestro país, como lo propone la Ley 1438.

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Bibliografía

Ceitlin, J. (2006). La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Atención Primaria*, 38(9), pp. 511-514.

Knox, L., Ceitlin, J. y Hahn, R. H. (2003). Slow progress: predoctoral education in family practice in four Latin American countries. *Fam Med*, 35, pp. 591-595.

Suárez-Bustamante, M. A. (2008). La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, (25)3.

1

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Dario Enrique Botia Rojas

Diana Fabiola Murillo Vargas

Malka Irina Castillo Pantoja

Medicina familiar y atención primaria en salud

Medicina familiar y atención primaria en salud

La medicina familiar ha sido catalogada como la especialidad médica de la atención primaria en salud (APS). En la primera parte de este capítulo, se revisa tanto la posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respecto a la APS, como la relación de estos dos conceptos con el modelo de atención. En la segunda, se presenta la medicina familiar como especialidad integral derivada de la práctica de la medicina general y la postura que ha tenido la agremiación de esta especialidad en un esfuerzo por posicionarla dentro de la APS en los países latinoamericanos como parte de una tendencia en el mundo. Por último, se analiza el vínculo existente entre las políticas del sistema de salud, la práctica del médico familiar y las perspectivas de desarrollo de la APS en el continente.

Atención primaria en salud

La Organización Mundial de la Salud define a la *atención primaria en salud* como:

> […] la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (OMS, 2010).

Desde este punto de vista, la salud se considera un derecho primordial del ser humano. Se ejecuta mediante programas que tienen en cuenta los determinantes de la salud, es decir, las "circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud" (OMS, 2005). Esto implica desarrollar un conjunto de acciones encamina-

das a abordar las causas fundamentales de los problemas prevalentes en salud de la población en general.

Desde su promulgación en la Conferencia de Alma Ata en 1978, la APS se ha interpretado de diferentes formas (OPS, 2007). En Latinoamérica se ha privilegiado la noción de *atención primaria integral*, entendida como un modelo de atención integral e integrado que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales. Enuncia varios principios; entre ellos la necesidad de dirigirse a determinantes más amplios de salud, accesibilidad universal y cobertura basada en la necesidad, la participación individual comunitaria y el autocuidado, la acción intersectorial para la salud, y la tecnología adecuada y costo-efectiva. En otras palabras, se define como una estrategia para organizar los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud (OPS, 2007).

En Norteamérica y Europa, la APS ha sido identificada como el primer nivel de atención. En Canadá y España, este primer nivel se considera la principal puerta de entrada al sistema de salud (OPS, 2007). De acuerdo con esta interpretación, la APS se refiere exclusivamente a la organización de servicios de salud y exonera a los servicios de salud de la responsabilidad sobre otros determinantes como el medio ambiente, la producción agrícola de alimentos y las condiciones de vida y de trabajo, entre otros, que implican una acción intersectorial; esto es, de otros sectores diferentes al de salud (Vega, 2009).

En Latinoamérica, a pesar del planteamiento de una atención primaria integral, la planeación operativa en cuanto a los servicios es compatible con una noción de atención primaria selectiva (Vega, 2009), en la que se escogen unos programas prioritarios o unas poblaciones vulnerables. Por lo tanto, el planteamiento ha sido organizar los servicios por programas, lo que termina haciendo que estos se presten de forma fraccionada, en contraposición a un esquema que fortalezca el primer nivel de una forma integral, integrada y resolutiva, centrado en las personas.

Compromisos de las Américas: la Atención Primaria Integral en Salud

Las discusiones encaminadas a replantear el camino de la APS en el mundo se pueden rastrear a partir de 1994 (Chang, 2008). En Latinoamérica, el proceso de implementación se encuentra en curso desde 2003, cuando, mediante la Resolución CD44.R6 del Consejo Directivo, se realizó un mandato para renovar la APS en la región (OPS/OMS, 2003).

Durante la primera década del siglo XXI, la OMS y la OPS promovieron el concepto de la APS como atención primaria renovada y en diferentes documentos la han presentado como la mejor estrategia que los diferentes sistemas de salud deben adoptar a fin de lograr el propósito de "Salud para todos", acordado en la conferencia de Alma Ata, en 1978 (OMS, 2008). En la regional de las Américas, se ha llegado a consensos que plasman un propósito. Uno de ellos es la Declaración de Montevideo, de septiembre de 2005, en la que treinta países de la región se comprometen a implementar los conceptos de la Declaración de Alma Ata en los sistemas de salud de la región (OPS, 2005). Esta declaración incluye diez puntos:

1. El compromiso de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud.
2. El reconocimiento de las funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad, para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud.
3. La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada.
4. El fomento del trabajo intersectorial.
5. La orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

6. El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud.
7. El establecimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la atención primaria a la salud.
8. La garantía de la sostenibilidad financiera.
9. La investigación y el desarrollo y la tecnología apropiada.
10. El fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la atención primaria a la salud (OPS, 2005).

Otro documento en el mismo sentido es la Declaración de Buenos Aires, llamada "Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria". Se realizó en agosto de 2007, y en ella los ministros de salud se comprometen a desarrollar los valores y principios de la APS (OPS/OMS, 2007a). Junto con estas declaraciones, se han publicado múltiples documentos con el respaldo de la OMS que refuerzan las características que deben tener los sistemas de salud basados en la APS. Entre ellos figuran "Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas" (OPS/OMS, 2005a) y "La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas" (OPS/OMS, 2007b), que enuncian los tres pilares de la APS: valores, principios y elementos.

Los *valores* son rectores para el desarrollo sanitario y comprenden el derecho a la salud, la solidaridad y la equidad. Dentro de un sistema de salud, buscan la accesibilidad y la igualdad para todos. Los *principios* dan las pautas para organizar los servicios sanitarios e incluyen la respuesta a las necesidades de salud de la población, la participación, la intersectorialidad, la calidad, la sostenibilidad, la justicia social y la responsabilidad del gobierno. Estos siete principios, en su conjunto, facilitan la prestación de servicios con calidad, y requieren la intervención gubernamental, que debe ser totalmente transparente.

Por su parte, los *elementos* abarcan el acceso y la cobertura universal, la atención integral, integrada y continuada, el énfasis en la promoción y la prevención, la atención apropiada, la orientación familiar y comunitaria, los mecanismos de participación activa, las políticas y el marco legal, la organización y la gestión óptimas, las políticas y programas pro equidad, el primer contacto, el recurso humano apropiado, y los recursos adecuados y sostenibles, así como las acciones intersectoriales. Estos trece elementos aluden a la organización de la APS, sus bases legales, los recursos requeridos para su funcionamiento y el enfoque de atención a la población en general (OPS/OMS, 2005a; OPS/OMS, 2007b). Una versión previa a la publicación del 2005 incluía también como elementos el enlace con las funciones esenciales de salud pública, la base poblacional, la relevancia, la efectividad y la eficiencia. Lo interesante de esta versión es que agrupa los elementos de acuerdo con algunos principios, como puede observarse en la Figura 1.1 (OMS/OPS, 2005b).

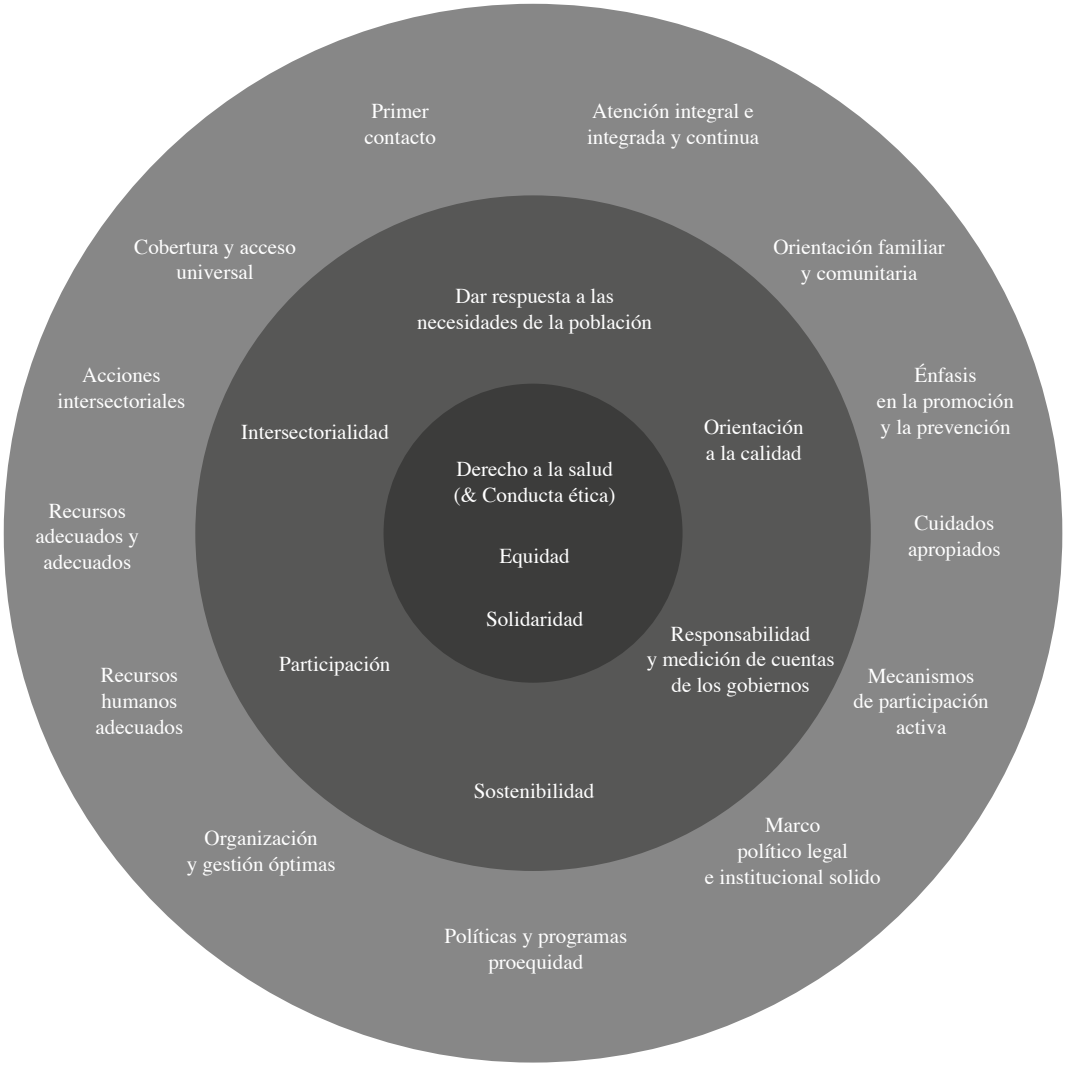


Figura 1.1. Valores, principios y elementos de la APS

Fuente: la renovación de la atención primaria de salud en las Américas Pág. 10. OPS/OMS (2007). Washington, D.C: Biblioteca OPS. Reimpreso con la autorización de la Organización Panamericana de la Salud.

En los documentos de la OMS (OMS, 2008; OPS/OMS, 2005a; OPS/OMS, 2005b; OPS/OMS, 2007b) se relacionan las diferentes interpretaciones que ha tenido la APS: por un lado, el enfoque selectivo por patologías o programas verticales predominante en Latinoamérica y, por el otro, la interpretación de la APS como el primer nivel de atención, característico de Europa y Norteamérica. Allí se afirma que el primero es necesario, pero no suficiente. Se invita a reconocer a la APS propuesta por la Declaración de Alma Ata como una Atención Primaria Integral en Salud (APIS) cuyo énfasis recae en una estrategia de organización de los sistemas de salud en la sociedad que promueva la salud, incluya más allá del primer nivel, cumpla una función de coordinación entre dichos niveles y tenga en cuenta los determinantes en salud.

Modelo de atención y modelo de prestación de servicios

Un *modelo de atención* incluye la forma y contenidos que una sociedad utiliza para brindar atención en salud; abarca elementos y políticas, el uso y la interacción, así como la respuesta a las necesidades, las expectativas y las demandas de salud de las personas. De acuerdo con Conrado Gómez (2008), comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integridad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud. Comprende un marco ideológico conceptual que se deriva de un modelo de desarrollo económico y social determinado, una estructura normativa, tecnológica, organizativa y financiera, así como de un modelo de atención propiamente dicho, pues de él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas. (Gómez, 2008).

Por su parte, un *modelo de prestación de servicios* se entiende como la forma en que se organizan las instituciones y sus recursos para proveer servicios de salud a la población en respuesta a sus necesidades y condiciones particulares, y a un modelo de atención específico. También incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva y la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia (Gómez, 2008).

En el contexto de este trabajo, la APS da los lineamientos de un modelo de atención en el que están definidos claramente los valores, principios y elementos que debe tener un sistema de salud, que están dirigidos a desarrollar una APIS. En el Informe Mundial de la Salud de 2008, la OMS propone algunas características indispensables para alcanzar un modelo de prestación de servicios basado en la APS, que incluyen dar prioridad a la organización de la prestación del servicio en torno a las personas, estas son: 1. La eficacia y seguridad; 2. Estar orientada hacia la gente; 3. Ofrece atención centrada en la persona; 4. Da respuestas integrales e integradas basadas en el holismo como puerta de entrada; 5. Asegura continuidad de la atención; y 6. Exige un proveedor habitual de confianza como punto de acceso (OMS, 2008).

Para la organización en redes de atención primaria, la OMS (2008) recomienda acercar la atención a la población, responsabilizarse de una población determinada, hacer seguimiento de los progresos, y que el equipo de atención primaria funcione como centro de coordinación.

Dos modelos de prestación de servicios para la atención primaria

El planteamiento de la OPS/OMS en 2005 considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y, a su vez, que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos latinoamericanos (OMS, 2010).

Según la OPS, un sistema de salud basado en la APS es aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios (los cuales son adecuados para la población y promueven la equidad), presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción, garantiza el primer contacto del usuario con el sistema (tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción), y requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles (OPS/OMS, 2007b).

Este tipo de sistema emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad; además, desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud, a la vez que promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad. Tales requerimientos responden a un desarrollo teórico previo, así como de información, instrumentos, guías y experiencias que se requieren para la renovación de la APS en las Américas, como base de los sistemas y redes de servicios de salud (OPS/OMS, 2007c).

Dentro de los esquemas de organización de los servicios para la atención primaria en salud están la medicina centrada en la persona y la atención primaria orientada a la comunidad (APOC). Los dos modelos tienen una concepción acorde a los principios que promueve la APS. Aunque comparten muchas características, también tienen algunas diferencias que se destacan en las siguientes líneas.

Modelo centrado en la persona

De acuerdo con Suárez (2012), el concepto de medicina centrada en el paciente fue introducido por Michael Balint, John Hunt, Dick Joyce, Marshall Marinker y Jasper Woodcock (1970), quienes lo contrastaron con el de "medicina centrada en la enfermedad". Con anterioridad, Byrne y Long desarrollaron un esquema para diferenciar entre consultas centradas en el paciente o centradas en el médico. Por su parte, Wrigth y McAdam describieron diferencias entre los dos esquemas de abordaje al paciente. El esquema centrado en el paciente es similar al concepto psicoterapéutico de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, descrita en 1951 (Suárez, 2012).

Como se dice en el informe de la OMS sobre salud de 2008, la buena atención gira en torno a la persona. La ciencia biomédica es y debe ser el núcleo de la medicina moderna. Sin embargo, como señaló William Osler, uno de fundadores de la ciencia biomédica, "es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que la clase de enfermedad que tiene un paciente" (OMS, 2008).

Cuando las personas enferman se preocupan mucho más por aspectos relacionados con su propia situación. El insuficiente reconocimiento de la dimensión humana de la salud y de la necesidad de adaptar las intervenciones de los servicios de salud a las peculiaridades de cada comunidad y situación individual son fallas importantes de la atención de salud contemporánea, que no solo generan inequidad y resultados sociales mediocres, sino que también limitan el éxito de los resultados sanitarios lo que hace menos eficiente la inversión en salud. Por tanto, se espera que aspectos de gestión como la productividad, los objetivos sanitarios, el costo-eficacia y la organización racional tengan en cuenta que son personas las que están presentando los problemas en salud (OMS, 2008).

El informe menciona también las ventajas del modelo de atención centrado en la persona, y se basa en los estudios de varios autores: mejora la intensidad del tratamiento y la calidad de la vida; ofrece mayor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas de los pacientes;

aumenta la satisfacción en cuanto a la comunicación y la confianza del paciente al tratar problemas delicados y al observar el tratamiento, y mejora también la integración de la atención preventiva y promocional.

La Tabla 1.1 presenta las características de los modelos de atención convencional por programas y atención centrada en las personas.

Tabla 1.1. Comparación de los modelos de atención convencional por programas y atención centrada en las personas

Atención médica ambulatoria de carácter convencional en dispensarios o ambulatorios	Programas contra enfermedades	Atención primaria centrada en la persona
Focalización en la enfermedad y la curación	Focalización en las enfermedades prioritarias	Focalización en las necesidades de salud
Relación circunscrita al momento de la consulta	Relación circunscrita a la ejecución de los programas	Relación personal duradera
Atención curativa episódica	Intervenciones de lucha contra las enfermedades definidas por los programas	Atención integral, continua y centrada en la persona
Responsabilidad limitada a la prestación de asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades entre la población destinataria	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital; responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de lucha contra las enfermedades	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad

Fuente: Informe Mundial de la Salud 2008: Atención Primaria más necesaria que nunca. (OMS, 2008).

Adicional a lo planteado por la OMS, en Canadá, Soklaridis, Oandasan y Kimpton (2007) utilizan el concepto de la atención centrada en el paciente en el trabajo sinérgico del equipo de salud con el fin de procurar el bienestar de las personas. Se refieren a una estrategia de atención orientada al paciente, que permite unir el trabajo de varios profesionales de forma sinérgica y fomenta mecanismos de comunicación entre el equipo que está a cargo del cuidado, lo cual genera aportes interdisciplinarios.

Finalmente vale la pena destacar que varios autores en Iberoamérica han descrito la relación de este modelo de organización de servicios, la atención primaria en salud y el médico familiar. Por ejemplo, Coppolillo, Labory, Martin y Giménez (2008) encontraron que el modelo, en sus varios aspectos (la confianza, la amabilidad, la comprensión y el interés por el padecimiento o la dimensión humana de la enfermedad) es bien recibido por los pacientes, quienes prefieren comunicarse claramente con los médicos al momento de tomar decisiones compartidas. Por otra parte, el hecho de incluir aspectos de su vida personal (familia y ámbito laboral) es algo que en la mayoría de los casos resulta muy valorado. Por su parte, Aguilar (2004) describe una buena aceptación de la aplicación del modelo por parte de médicos familiares con una satisfacción por parte de los pacientes superior al 70 %.

Atención primaria orientada a la comunidad

La *atención primaria orientada a la comunidad* (APOC) se puede definir como "la práctica unificada de la Atención Primaria individual y familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo" (APOC, 2010). Entre sus propósitos figuran racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios, bajo la coordinación e interacción de áreas como epidemiología, ciencias sociales y del comportamiento. Este modelo surgió en la década de los cuarenta, en Sudáfrica,

gracias al trabajo de los médicos de familia S. L. Kark y E. Kark (Gofin, 1999), pero se vio interrumpida por la política de apartheid. Sin embargo, luego se retomó en el Centro de Salud Comunitaria de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadassah y la Universidad Hebrea de Jerusalén en Israel. En estas experiencias se continuó desarrollando su marco conceptual y metodológico (Gofin y Gofin, 2007).

El interés por la APS se generó en la Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata, en 1978. Una de sus características es la participación comunitaria. El primer contacto entre el paciente y el personal de salud ocurre durante la atención primaria; sin embargo, las condiciones políticas, culturales y económicas de cada país pueden transformarse, ocasionalmente, en barreras que afectan considerablemente la interrelación. Por esta razón se requiere la participación de la comunidad en la apropiación de sus problemas de salud (Gofin y Gofin, 2007).

Este modelo de atención está dirigiendo su enfoque hacia la atención comunitaria, debido al movimiento y a la discusión generada por la Declaración de Alma Ata, a la búsqueda de soluciones alternativas frente a los crecientes costos de la atención médica, y al creciente interés por la participación comunitaria en aspectos de salud en general y en la atención primaria en particular (Gofin y Foz, 2008).

Como lo refieren Gofin y Foz (2008), la orientación comunitaria de la atención primaria se basa en los principios de la medicina comunitaria, cuyos principales elementos son la evaluación activa de las necesidades de salud y la respuesta a esas necesidades, teniendo en cuenta la comunidad como un conjunto.

Según S. L. Kark, pionero de la APOC, la medicina comunitaria debe responder cinco preguntas: ¿cuál es el estado de salud de la comunidad?, ¿cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?, ¿qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud?, ¿qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones? y ¿qué medidas se requieren para dar continuidad a la vigilancia sanitaria de la comunidad

y para evaluar los cambios en su estado de salud? (citado por Gofin y Gofin, 2007).

Los elementos esenciales para desarrollar una estrategia de prestación de servicios basada en la comunidad consisten en tener: una población definida (con base geográfica o con ciertas características comunes como los alumnos de una escuela, los trabajadores de una fábrica o los afiliados a una clínica o centro de salud que, en todos los casos, abarca a todos los miembros de la población), una clínica de APS, un equipo multidisciplinario según los recursos disponibles, acceso libre a los servicios sin barreras económicas, fiscales, de género, religiosas, culturales o políticas, un equipo de trabajo que conjugue habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales y del comportamiento (que se desplace fuera de las instalaciones de la clínica para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y los recursos microambientales y comunitarios), y una comunidad que participe individual y colectivamente en las actividades del cuidado y mejora de la salud. El comportamiento, las actitudes y las creencias están estrechamente relacionados con las decisiones de las personas respecto a su salud (Gofin y Gofin, 2007). Estas características le imprimen al modelo mayor complejidad social para su implementación si lo comparamos con el modelo centrado en la persona.

Recurso humano médico para la atención primaria

Como parte del desarrollo requerido para implementar la APS, se ha reconocido la necesidad de formar a los médicos en atención primaria. Por esta razón, la OPS y la OMS han publicado documentos para orientar a los gobiernos en dicho proceso. Dentro de estos, la figura "La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud", publicado en 2008,

que reúne los conceptos de diferentes expertos internacionales. Una de sus recomendaciones es incluir la medicina familiar desde el pregrado y reorientar los currículos, así como desarrollar posgrados de medicina familiar (OPS, 2008).

En 2011 el documento "Residencias médicas en Latinoamérica" (OPS/OMS, 2011) fijó los parámetros para "Orientar las políticas de las residencias médicas para su contribución al desarrollo de la APS y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)". Aquí se hace un llamado a cualificar e incentivar la permanencia de especialistas en zonas alejadas y a desarrollar la medicina familiar como elemento indispensable para superar la fragmentación que genera la atención por múltiples especialidades. Dentro de las estrategias planteadas están la necesidad de coordinar a los ministerios de salud y educación para tener experiencias exitosas en la formación del recurso humano, así como una adecuada coordinación de estos con otros sectores, como finanzas y trabajo, que requieren planificación y estructuración apropiada de programas por parte de las universidades. Estas instituciones deben ser fortalecidas y certificadas en calidad (OPS/OMS, 2011). En la siguiente sección se explica cómo se ha desarrollado la especialidad en Medicina Familiar en Iberoamérica.

Evolución de la medicina familiar

En cuanto a la educación en salud, desde la década de los setenta, y debido a la crisis del modelo flexneriano[1], se han consolidado dos corrientes fundamentales y extremas: la de los educadores médicos que, aún apegados al

[1] El informe Flexner fue realizado en Estados Unidos por el pedagogo Abraham Flexner en 1910, quien introdujo cambios profundos en la educación médica de Estados Unidos, Canadá y el mundo. Planteó la necesidad de organizarla en básicas y clínicas. Para muchos, estas son las condiciones para educar de manera

esquema de Flexner, piensan que la medicina es biología aplicada y que la enseñanza debe continuar centrada en las ciencias básicas y biológicas; y la de los seguidores de las recomendaciones de la OPS/OMS, que pretenden que la enseñanza tienda hacia la atención primaria y hacia la salud de la comunidad (Quevedo, Hernández, Miranda, Mariño y Wiesner, 1990). El desarrollo de medicina familiar está claramente comprometido con esta segunda tendencia.

De la medicina general a la medicina familiar

El auge de la medicina general se dio tanto en Europa como en Norteamérica durante el siglo XIX y se extendió hasta las primeras cinco décadas del siglo XX, cuando se debilitó debido a la aparición de las especialidades. El proceso que llevó a esta situación incluye antecedentes importantes como el informe de Abraham Flexner que, en 1910, sugirió dejar la formación de los especialistas en manos de las universidades para asegurar la calidad, lo cual fomentó la masificación de los posgrados médicos (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997).

En 1920 se publicó, en Gran Bretaña, el Informe Dawson, que ya tenía en cuenta la organización de los servicios en la puerta de entrada y se proponía que los médicos generales trabajaran en equipo en los centros de salud y desempeñaran actividades preventivas y asistenciales. Este informe, aunque no tuvo una difusión adecuada en su momento, ha sido relevante en la medicina social (Fajardo, 2007). De forma paralela, las

óptima a estudiantes de medicina. La crisis del modelo se refiere a una postura crítica que desnuda las debilidades del modelo al reconocer la integralidad en el abordaje de la salud y de los determinantes de la salud como parte de este enfoque integral.

especialidades surgieron cuando los médicos comenzaron a dedicarse a campos específicos, por aparatos, sistemas, tecnologías o grupos de edad.

El campo de actuación de los médicos generales se redujo, al igual que su prestigio, hecho que se incrementó aún más en 1930, con la publicación en Estados Unidos de la "lista oficial de especialidades". Después de la Segunda Guerra Mundial se generaron muchas dudas sobre la capacidad del médico general, lo cual condujo a la reducción de este grupo de profesionales (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997).

La medicina general renació a partir de 1940. Un año más tarde la junta directiva de la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por American Medical Association) creó un tribunal certificador para esta área (General Practice Certifying Board). En 1946 se fundó la primera organización nacional profesional de médicos generales, cuyo presidente fue Winsgate Johnson, quien promovió el enfoque holístico orientado a la persona y su familia. En 1947 se fundó la Academia Estadounidense de Práctica General (American Academy of General Practice), que se convirtió en Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP, por American Academy of Family Physicians). Esta entidad exige la formación continuada como condición para afiliarse (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997).

En 1948, la creación del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña (NHS, por National Health Service), que ofrecía servicios de salud gratuitos, incidió para que los médicos generales se organizaran. Sin embargo, los cargos que ofrecía tenían baja remuneración, y esto ocasionaba insatisfacción y desolación, con lo que se aceleró el desprestigio del gremio (Fajardo, 2007). Posteriormente, se estableció el diálogo entre el gobierno y los médicos generales con la intermediación de la Asociación Médica de Gran Bretaña (BMA, por British Medical Association). De esto surgió la Declaración del Médico de Familia (como el rol o papel que debía desempeñar el médico general), donde quedaron plasmadas las peticiones de estos profesionales, siendo este un hecho decisivo en la reivindicación de su labor. En 1952 se fundó el Colegio Real de Médicos Generales (RCGP,

por Royal College of General Practicioner), encargado de crear un medio de comunicación para médicos generales y fortalecer su nueva identidad (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997).

En 1954 se fundó en Canadá el Colegio de Medicina General con la intención de hacer relevante la práctica del generalista. Luego se denominó Colegio de Médicos Familiares. Como resultado de la necesidad de reafirmar la importancia del rol del generalismo de la atención en salud, se propuso una solución paradójica: crear una nueva especialidad en lo general (Rodríguez y Vega, 1995).

De acuerdo con Raquel, líder de la especialidad en Estados Unidos, la medicina familiar

> […] es el cuerpo de conocimientos y destrezas que constituyen una disciplina médica que cuando es aplicada al paciente y una familia se convierte en una especialidad. Enfatiza la responsabilidad por el cuidado total de la salud desde el primer contacto y la evaluación inicial a través de llevar el cuidado de problemas crónicos desde la prevención hasta la rehabilitación. Esto incluye la coordinación e integración de todos los servicios necesarios de salud con la mínima fragmentación. (Citado por Rodríguez y Vega, 1995, p. 81)

En consecuencia, el médico familiar es aquel que provee cuidado continuo y general de una manera personalizada a los pacientes de todas las edades y dentro de sus familias, a pesar de la presencia o la naturaleza de la enfermedad. Acepta la responsabilidad para mantener la salud total del individuo a través de una relación íntima y confidencial con el paciente, selecciona al interconsultor adecuado para el cuidado y coordina los esfuerzos de otros profesionales de la salud que comparten el cuidado. (Raquel citado por Rodríguez y Vega, 1995, p. 81)

De acuerdo con el doctor Diego Mejía, fundador de la especialidad de Medicina Familiar en la Universidad del Valle, los principios que caracterizan a esta especialidad son:

1. Cuidado integral: es la disposición para cubrir todo tipo de problema de salud del individuo bajo la concepción biopsicosocial.
2. Continuidad en la atención: se refiere a aspectos de continuidad en el tiempo (con la responsabilidad en momentos de salud y enfermedad), geográfica (en el consultorio, en la casa), a través de la vida del individuo e interdisciplinaria (trabajo con miembros del equipo e interconsultores).
3. La familia como objeto de cuidado de salud.
4. Compromiso con la persona y la familia independientemente de la edad, el problema de salud, del órgano y función afectadas. Entendiendo que el campo de acción es a nivel de personas y familias.
5. El profesional de medicina familiar busca comprender el contexto de la enfermedad.
6. El médico familiar aprovecha cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para educar y prevenir.
7. El equipo de salud familiar mira a su población según el riesgo.
8. Debe desarrollar la capacidad de conocerse a sí mismo.
9. Debe ser un buen administrador de recursos.
10. Debe tener en cuenta las interrelaciones, apoyado en la concepción sistémica de la familia (citado por Rodríguez y Vega, 1995, pp. 81-82).

Organización mundial y regional de la especialidad

La especialidad de Medicina Familiar tiene una organización mundial y una regional iberoamericana que han procurado sustentar e impulsar al médico familiar como el especialista en APS. Dicha organización se remonta a la década de los sesenta, como se explicará a continuación.

Wonca

De 1963 a 1969 se aprobó, en Estados Unidos, el programa de Medicina Familiar y se crearon posgrados. En 1972 nació en Melbourne (Australia) la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca, por World Organization of National Colleges Academics), que se define como la voz mundial de la medicina familiar. Su lema, y el de muchas de sus organizaciones miembro, es "cum scientia caritas" ("con los conocimientos científicos y el cariño") (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997; Wonca, 2012).

La Wonca comenzó con un grupo reducido de universidades donde se formaban médicos de familia que se unieron con el ideal de multiplicar estos conocimientos y fundamentar este tipo de atención clínica en todo el mundo. En 2013 contaba con 118 organizaciones miembro que representan, en más de 130 países, aproximadamente a 400 000 médicos familiares (Kidd, 2013).

La Organización promueve el papel fundamental del médico de familia en los sistemas de atención a la salud, al defender que este profesional es quien mejor puede atender las necesidades de salud de la población y se responsabiliza por los cuidados necesarios a lo largo del tiempo. Centra su atención en la persona como ser biopsicosocial y respalda la idea de que La Organización tiene siete regionales: África, Asia Pacífico,

Mediterránea del Este, Iberoamericana (CIMF), Norteamérica, Asia del Sur, y Europa (Wonca, 2012). Cada individuo debe contar con un médico de familia, es decir, con un profesional que le proporcione servicios de atención integrales (Ledesma y Martínez, 2008).

Lo anterior respeta una de las características que el doctor Ian McWhinney, uno de los líderes de la medicina familiar en Canadá y el mundo, le asigna a la especialidad: "El médico de familia se compromete con la persona más que con un conjunto de conocimientos, grupo de enfermedades o técnicas especiales" (citado por Kidd, 2013, p. 1). También sigue las recomendaciones de la OPS en cuanto a la necesidad de establecer organizaciones de salud centradas en los pacientes. En este tipo de organizaciones, el médico de familia proporciona elementos que facilitan la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación asistencial. Su función de puerta de entrada le permite orientar al usuario dentro de la complejidad de los sistemas de salud (CIMF, 2002).

Junto con la OMS, en 1994, la Wonca elaboró la declaración conjunta denominada "Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia" (OMS/Wonca, Ontario, 1994), seguida del documento "La medicina familiar en la reforma de los servicios de salud" (CIMF Wonca, 1996). En estos documentos se dan unas recomendaciones dirigidas a optimizar los servicios de salud, las prácticas médicas y el sistema de educación en salud, dentro de las que destacan el rol del médico familiar (CIMF, 2002).

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

Un hecho determinante en el desarrollo de la medicina familiar en América Latina fue la creación, en 1981, del Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) en Caracas, con la participación de médicos de familia de Canadá, Estados Unidos, Venezuela, México y Argentina (Ledesma y

Martínez, 2008). El propósito de esta organización no gubernamental es promover el desarrollo de la medicina familiar y la integración entre países que adoptaron el enfoque de esta especialidad como base de su sistema de salud (Padula, 2013). A partir de 1996, pasó a denominarse Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca-Iberoamericana-CIMF), cuyos integrantes inicialmente fueron las asociaciones científicas nacionales de medicina de familia de las Américas, España y Portugal (Irigoyen, Morales, Hamui y Ponce, 2006). Se consolidó el 31 de diciembre de 1999 como la VI regional de la Wonca (Wonca-CIMF, 2010).

La Confederación se concibe como una organización internacional sin fines de lucro que reúne las asociaciones nacionales de medicina familiar de veinte países, distribuidos en cuatro subregiones: Andina, Cono Sur, Ibérica y Mesoamérica (Irigoyen *et ál*., 2006). Dentro de sus objetivos se encuentran:

- Fomentar el progreso de la medicina familiar (MF) que se constituye en un medio para proporcionar excelentes servicios de salud a las poblaciones de Latinoamérica, el Caribe, España y Portugal.
- Proporcionar un foro para el intercambio internacional de información y cooperación técnica relacionada con la mejora de la atención de salud, formación de recursos humanos y profesores mediante la adopción de los principios y la práctica de la MF.
- Incentivar, ejecutar y dirigir actividades educativas de alta calidad para la MF.
- Fomentar y ejecutar el mejoramiento de proyectos de investigación en MF, así como la creación y desarrollo de organizaciones nacionales de MF.
- Crear y salvaguardar lazos de ayuda mutua con otros organismos internacionales (OMS, OPS, UNFPA, Unicef y otros), con instituciones académicas o de salud privadas y organismos gubernamentales y no gubernamentales para contribuir al desarrollo de sus objetivos.

- Brindar soporte a todo tipo de entidades que estén involucradas con esta especialidad y lo requieran (Padula, 2013; Wonca-CIMF, 2010).

Desde 2002 la CIMF ha realizado cuatro congresos regionales: el primero, en Argentina (2006); el segundo, en Puerto Rico (2009); el tercero, en La Habana (2012); el cuarto, en Montevideo (2015); el quinto está planeado para agosto de 2017, en Lima. Se han realizado seis cumbres iberoamericanas. En cada una se ha suscrito un documento que define sus propósitos como regional de la Wonca, y todos se han publicado con el apoyo de la OMS/OPS (véase Tabla 1.2). A continuación, se resume brevemente el aporte de cada documento.

Tabla 1.2. Cumbres iberoamericanas de medicina familiar (2002-2016)

Cumbre	Lugar	Fecha	Documento resultante
I	Sevilla, España	14-17 de mayo de 2002	Declaración de Sevilla (CIMF, 2002)
II	Santiago, Chile	5 y 6 de octubre de 2005	El Compromiso de Santiago de Chile (CIMF, 2005)
III	Fortaleza, Brasil	29 y 30 de abril de 2008	Carta de Fortaleza (CIMF, 2008)
IV	Asunción, Paraguay	15 y 16 de noviembre de 2011	Carta de Asunción (CIMF, 2011)
V	Quito, Ecuador	11 y 12 de abril de 2014	Carta de Quito (CIMF, 2014)
VI	San José, Costa Rica	12 y 13 de abril de 2016	Carta de San José (CIMF, 2016)

Fuente: elaboración propia

Declaración de Sevilla (2002). Se centró en estar "Comprometidos con la salud de la población". Allí se resalta la necesidad de reformas en los servicios de salud centrados en el paciente y el papel que desempeña la medicina familiar en la consolidación de un primer nivel fuerte, porque "aporta elementos fundamentales: la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación asistencial y la función de puerta de entrada al sistema y guía del usuario en el Sistema de Salud" (CIMF, 2002, p. 1). Enfatiza el compromiso para disminuir las desigualdades sanitarias y sociales y da recomendaciones acerca de:

a. *Los sistemas de salud, así como las necesidades y demandas de los ciudadanos:* hace énfasis en rectorías públicas fuertes para los sistemas de salud a fin de evitar la segmentación y la fragmentación, teniendo en cuenta los valores y principios promovidos por la OMS; también en la necesidad de equipos de APS multidisciplinarios con la presencia de médicos especialistas en medicina familiar.
b. *Las aportaciones de la medicina familiar a la mejora de la calidad de los servicios de salud:* se destaca la necesidad de diseñar modelos innovadores para la atención primaria con bases poblacionales definidas, y de contar con procesos de calidad. Al respecto se propone desarrollar modelos y mecanismos definidos para evaluar la calidad de médicos familiares; por ejemplo, crear consejos de certificación profesional y establecer indicadores para el equipo de salud familiar y la investigación.
c. *La formación de pregrado y la medicina familiar:* se sugiere crear mecanismos para incorporar esta especialidad como disciplina al pregrado, generar esquemas de cooperación internacional e integrar la enseñanza con los servicios de salud; se propone además, crear para esto, una Task Force Iberoamericana.
d. *La formación de posgrado y los programas de capacitación para médicos de atención primaria:* se ratifica al médico familiar como el

especialista más idóneo para trabajar en atención primaria. Por esto, se recomienda ampliar la cobertura y se propone para el futuro un proyecto de acreditación iberoamericano, esquemas de capacitación para médicos no especialistas y la necesidad de esquemas de educación continuada.

Compromiso de Santiago de Chile (2005). Tuvo como tema central "El médico de familia garantía de calidad y equidad en los sistemas de salud de Iberoamérica" (CIMF, 2005). En este se hace un llamado para establecer servicios de salud basados en APS con cobertura universal, y se destaca la necesidad de que participe el médico familiar en estos servicios. Para lograrlo, se propone crear formas de pago que incentiven la APS, establecer métodos y medidas para evaluar el desempeño en la APS, así como determinar las sinergias entre el sector público, la seguridad social y el sector privado para mejorar la cobertura de médicos familiares.

Carta de Fortaleza (2008). Giró en torno a la "Misión y desafíos para la medicina familiar y la atención primaria en el siglo XXI: equidad, integralidad y calidad para nuestros sistemas de salud" (CIMF, 2008). En este, se hacen una serie de recomendaciones:

a. *Insertar y valorizar la medicina familiar en las políticas de salud:* para lograrlo, se propone compilar las evidencias existentes y generar nuevas sobre el papel que desempeña la especialidad, difundir esta información entre decisores políticos, además de promover la calidad y las políticas necesarias como el financiamiento estatal que asegure su sustentabilidad.
b. *Garantizar la calidad de la prestación de servicios en la atención primaria:* para ello, es necesario formar a los médicos que ejercen en APS de forma presencial o a distancia, si se tienen las condiciones, y se considera razonable que en un plazo de diez años se les exija

títulos de especialista en medicina familiar. Se insiste en establecer mecanismos de certificación y calificación, con la participación de las sociedades científicas, las universidades y los gestores de salud. También se aboga por la necesidad de crear núcleos de teleeducación, telemedicina y educación a distancia, dirigidos a desarrollar modelos de APS con apoyo de especialidades, así como por la importancia de modelos de prestación de servicios con responsabilidad poblacional y la coordinación de los servicios con universidades para la formación, ojalá con participación de las sociedades científicas. Dentro de estos modelos de APS se puntualizan responsabilidades y vínculo territorial, política de estadios e investigación compartimentalizada y espacio de cogestión, así como mecanismos de evaluación y monitoreo de los convenios (CIMF, 2008, p. 4). Se enfatiza que se requiere construir espacios de negociación, implementar servicios académicos y crear departamentos de medicina familiar en las universidades.

c. *Alcanzar la excelencia en formación y atención:* esto podría lograrse mediante programas de formación y capacitación docente con el apoyo de la OMS, la OPS, la Wonca, la CIMF y los gobiernos nacionales. Se propone también crear maestrías y doctorados vinculados con la medicina familiar, y desarrollar redes formadoras para intercambio de experiencias, así como realizar foros y eventos sobre la inserción académica de medicina familiar.

d. *Fomentar la investigación en medicina familiar y APS para responder a los principales problemas de salud:* en este punto se insiste, en la integración de los centros asistenciales y los centros de formación e investigación, el reconocimiento de la medicina familiar y la APS como área del conocimiento que promuevan líneas de financiación específica para su desarrollo. Se sugiere también generar estímulos económicos para la producción científica de los médicos de familia, consolidar la Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar (Ibimefa), y divulgar la investigación científica en medicina familiar.

Carta de Asunción (2011). Su tema central fue la "Medicina familiar y atención primaria en salud renovada: pensamiento y acción en beneficio de la salud familiar" (CIMF, 2011). En este documento se considera que "el esfuerzo realizado desde los diferentes gobiernos en las legislaciones, financiamientos, desarrollo de programas educativos y de salud en el ámbito de la Medicina Familiar han sido limitados y a veces contradictorios, e incluso, inversos a los compromisos firmados" (CIMF, 2011, p. 1). Se tuvieron en cuenta cuatro ejes temáticos:

a. *Políticas de salud y la expansión del primer nivel de atención con la medicina familiar:* en este se resaltan nuevamente la relación entre el modelo (de prestación, de formación) y las políticas públicas, en el contexto de la APS con la participación relevante de la medicina familiar como una especialidad esencial en el aseguramiento de la salud como derecho fundamental.
b. *Investigación en la práctica de los médicos de familia en los países iberoamericanos:* se insiste en la consolidación de la red Ibimefa para que, con el apoyo de las sociedades científicas y de las universidades, se "promueva la investigación en Medicina Familiar y Atención Primaria, como eje estratégico para el desarrollo de sistemas de salud más eficientes, equitativos y de mejor calidad en la región" (CIMF, 2011, p. 2). Para esto se requiere identificar las instituciones con investigación sobre el tema, establecer líneas de investigación prioritarias que promuevan esfuerzos colaborativos, e incluir este tipo de investigación en los currículos de medicina. Se insiste en la necesidad del financiamiento de estos esfuerzos y de concretar los mecanismos de difusión de los productos.
c. *Formación y capacitación de equipos de salud familiar:* se busca identificar áreas de entrenamiento que requieran un mayor desarrollo como la comunicación y la gestión clínica, incrementar la masa crítica de médicos familiares, incorporar la enseñanza de medicina

familiar desde el pregrado y fortalecer los programas de especialización y las experiencias exitosas.

d. *Calidad de la práctica de la medicina familiar:* se pretende lograr mayor equidad, efectividad y eficiencia; se insiste en la necesidad de indicadores y herramientas que contemplen los siguientes dominios: capacitación científico técnica; efectividad de las acciones realizadas en promoción y prevención salud, orientadas al individuo, familia y comunidad; atención integral, longitudinal y continua orientada al individuo, la familia y la comunidad; cumplimiento de los derechos de los pacientes y satisfacción.

Carta de Quito (2014). Se centró en la "Cobertura universal en salud, medicina familiar y comunitaria y participación social" (CIMF, 2014). Los temas analizados fueron: la cobertura universal y la medicina familiar, la participación y comunicación social para la medicina familiar y comunitaria y la atención primaria de salud, la formación de médicos y médicas de familia en Iberoamérica, la certificación y acreditación profesional, y la producción y difusión de conocimientos en medicina familiar y comunitaria en Iberoamérica.

En este documento se hacen 23 recomendaciones dentro de las que se destacan: reconocer el concepto de cobertura universal y promover los cambios necesarios para que sea una realidad en Iberoamérica, posicionar la medicina familiar como integrante fundamental de los equipos de APS, identificar los indicadores que midan el avance de la cobertura universal, e incluir los relacionados con el fortalecimiento del primer nivel de atención (acceso de servicios, inversión pública, acceso a servicios, calidad, número de equipos de salud y número de especialistas en medicina familiar involucrados en estos equipos). Se hace énfasis en incluir indicadores de calidad físico-estructural de las unidades de salud de primer nivel, y en promover que 50 % de los especialistas lo sean en medicina familiar.

Se ratifica la necesidad de hacer el seguimiento de elementos de la APS como la participación comunitaria, la intersectorialidad y el propósito de fortalecer el primer nivel de atención. Además, se insiste en la formación del médico familiar con calidad, y en la investigación, fortaleciendo a Ibimefa.

En cuanto a la investigación, se busca potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, tanto en la investigación como en su difusión, y se insiste en la necesidad de esquemas de financiamiento que se aleje de intereses comerciales. Se resalta la participación en las universidades, desde el pregrado hasta el posgrado. Se recomienda a las sociedades de medicina familiar una mayor participación en los procesos técnico-políticos del fortalecimiento del primer nivel, hacer visible el rol del médico familiar y los equipos de APS y, finalmente, promover la creación del observatorio de medicina familiar.

Carta de San José (2016). Su tema central fue "Universalidad, equidad y calidad en los sistemas de salud: medicina familiar y comunitaria como eje". En esta se establecen definiciones de medicina familiar y comunitaria, especialista en medicina familiar y comunitaria, universalidad con enfoque en la atención primaria en salud y en la medicina familiar y comunitaria, cobertura universal de salud, calidad en atención primaria en salud, equidad en atención primaria a la salud y prevención cuaternaria.

Este documento ratifica las recomendaciones de establecer equipos de atención primaria resolutivos, por lo menos en el 85 % de la demanda de atención médica, donde el médico familiar tenga un papel de liderazgo y pueda aportar el enfoque integral para el que ha sido formado. Para ello, se propone establecer un esquema de evaluación de la calidad en APS y de la medicina familiar, y promover diálogos nacionales dirigidos a cumplir con este eje, que incluyan la participación social. Además, retoma los siguientes temas: los procesos de formación, certificación y recertificación, el sistema de referencia y contrarreferencia, los mecanismos de coordinación asistencial y rol de la especialidad en la estructura de red de servi-

cios de salud, las investigaciones en el área y la prevención cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud. Estos dan continuidad a las recomendaciones de las cartas anteriores, y reiteran la propuesta de establecer un observatorio de medicina familiar, como lo proponía la Carta de Quito en 2014.

En general, en los seis documentos, se puede identificar que los médicos familiares tienen definidos sus propósitos en el contexto de los sistemas de salud. Para lograrlo, requieren una infraestructura adecuada y un modelo de prestación de servicios que les permita actuar de forma eficiente en la puerta de entrada. De la V y VI cumbres iberomericanas se puede resaltar el esfuerzo por publicar los resultados de los grupos de trabajo. Estos se pueden encontrar en las ediciones de marzo y noviembre de 2016 de la *Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria*.

Evaluación de sistemas de salud, atención primaria y medicina familiar

Los sistemas de salud son complejos y se requieren esquemas organizados para evaluarlos. En cuanto al aspecto político, Román Vega (2009) propone analizar dos problemas centrales cuando los países deben adoptar un sistema de salud: comprender el proceso salud-enfermedad y, dentro de este, saber cómo garantizar el derecho a la salud y el papel que tienen el Estado y el sector privado en el sistema de salud.

En cuanto a la discusión sobre el papel del estado y la participación del sector privado, se presentan dos tendencias. La primera se puede identificar en esquemas como el de Estados Unidos, que define el sistema basado, por un lado, en la atención médica y los servicios de salud y, por otro, en los programas de salud pública como saneamiento ambiental, control de la asistencia sanitaria y alimentación, que son independientes de

los servicios de salud individuales. En esta separación se considera que los servicios individuales son responsabilidad privada y los colectivos responsabilidad del Estado (Vega, 2009). La segunda tendencia corresponde a la medicina social latinoamericana, que no separa la atención médica individual y la salud colectiva; ambas son responsabilidad estatal. La salud no está a cargo de los servicios sanitarios; depende de la reducción de las inequidades en salud, que a su vez obedece a cambios en las condiciones socioeconómicas de la población (Vega, 2009).

Desde el punto de vista organizacional, en la primera tendencia hay esquemas segmentados y fraccionados de acuerdo con la participación privada, que requieren esquemas de coordinación funcional entre diferentes subsectores (privado, público y de seguridad social), muchas veces con fines de eficiencia o rentabilidad económica. La segunda propone esquemas universales de salud: sistemas sanitarios nacionales o de seguridad social. Estos se caracterizan por tener orgánicamente integradas la salud individual y la colectiva. La financiación proviene de los impuestos generales o del pago por parte de los trabajadores y las empresas, con algún mecanismo de solidaridad para quienes no tienen capacidad de pago, con el objetivo de lograr la cobertura universal (Vega, 2009).

Durante las tres últimas décadas del siglo XX, los países latinoamericanos se inclinaron por la primera tendencia: conformaron sistemas de salud mixtos con componentes públicos privados y de seguridad social. El gasto fiscal en salud se consideraba un porcentaje del PIB, pero el gasto de los individuos y empresas no podía asegurar la cobertura universal desde un principio, por lo que se requería una extensión progresiva del aseguramiento. De acuerdo con Vega (2009), esto derivó en modelos neoliberales en los que se esperaba que el mercado regulara de forma adecuada la prestación de servicios. Estos modelos fracasaron en el objetivo de extender la cobertura a toda la población y de tener sistemas integrales e integrados.

La estrategia de atención primaria en salud se constituye en el modelo de atención que propone la OPS/OMS como parte de la solución a la soste-

nibilidad de los sistemas, y ha marcado una tendencia mundial en reformas de salud. La forma predominante en la que se organiza la prestación de servicios es teniendo una puerta de entrada fuerte y resolutiva mediante equipos de salud (OMS, 2008). En ellos, el médico familiar puede actuar como coordinador del cuidado, administrador y racionalizador del uso de los recursos, y de allí la importancia de fortalecer su papel. La actuación cotidiana del médico en la puerta de entrada, el equipo con el que trabaja y la población que atiende, es un microsistema que, en unión con otros, facilita la integralidad de la atención. Sin embargo, esto depende en gran parte de una organización de los servicios que lo permita, y de atraer hacia la especialización en medicina familiar a médicos para tener el suficiente recurso humano con la formación adecuada para implementar el modelo.

La concepción de la OPS/OMS que busca impulsar la transformación de los sistemas de salud en sistemas basados en APS y los compromisos que han adquirido los países pertenecientes a estas organizaciones les generan dos posibilidades: transformarse en sistemas únicos de salud o crear mecanismos de articulación y coordinación realmente funcionales para que cumplan los propósitos propuestos en el marco conceptual de la APS. En este contexto, cada país ha buscado la forma de establecer un sistema de salud viable, y se han desarrollado diferentes experiencias. La APS se enfrenta a varios desafíos que pueden ser superados si se tienen en cuenta las experiencias de los más de treinta años, desde que se comprometieron los diferentes países del mundo en el desarrollo de la APS. El compromiso es entonces crear alianzas y conexiones dentro de cada sistema de salud, teniendo en cuenta los pilares que la componen, a fin de aprovechar al máximo sus beneficios y ver resultados positivos reflejados en la comunidad (OPS/OMS, 2007b).

De acuerdo con Haggerty y colaboradores (2009), los factores condicionantes para el desarrollo de la APS en Latinoamérica, en orden de prioridad, son:

1. Apoyo político continuo de la APS.
2. Asignación y distribución de recursos para la APS basados en necesidades.
3. Adecuada oferta de recursos humanos multidisciplinarios.
4. Capacidad local de planificación, seguimiento, evaluación y promoción de la participación ciudadana.
5. Regulación eficaz de sistemas de salud y planificación conjunta entre los subsistemas público, privado y de seguridad social.
6. Organización multidisciplinaria de los equipos de APS (modalidades de pago y contratación congruentes con los objetivos de la APS).
7. Sistema de información adaptado a la APS.

Estas serían las tareas que deben hacer los países latinoamericanos para poder cumplir los compromisos de establecer sistemas de salud basados en la APS y, como ya se ha resaltado, el especialista en medicina familiar es parte importante del recurso humano necesario para que esto sea una realidad.

En los siguientes capítulos se revisarán las experiencias de Canadá y algunos países iberoamericanos, en las que se tendrá en cuenta el contexto general del sistema, el compromiso con la APS, la organización de servicios y el papel que desempeña la formación de médicos familiares en el desarrollo de la APS.

Bibliografía

Aguilar, A. (2004). Aplicación del modelo clínico centrado en el paciente y satisfacción del paciente. Med. fam. Caracas;12(2):25-31, jul.-dic. 2004. Recuperado de http://www.sovemefa.com/revistas_sovemefa/medico_de_familia12_2_2004.pdf

APOC. (2010). Grupo de trabajo en atención primaria orientada a la comunidad. Recuperado de http://www.apoc-copc.org/cast/home.htm

Chang, M. (2008). OMS | Regreso a Alma-Ata. Recuperado de http://www.who.int/dg/20080915/es/

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar [CIMF]. (2002). *I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Declaración de Sevilla. "Comprometidos con la salud de la población"*. Sevilla, España: http://www.semfyc.es. Recuperado de http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFdeclaracionSevilla.pdf

____. (2005). *II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Compromiso de Santiago de Chile. "El médico de familia garantía de calidad y equidad en los sistemas de salud de Iberoamérica"*. Santiago de Chile, Chile: http://www.observatoriorh.org/. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/panama/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/carta_de_quito_V_CI_MF.pdf

____. (2008). *III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Carta de Fortaleza. "Misión y desafíos para la medicina familiar y la atención primaria en el siglo XXI: Equidad, integralidad y calidad para nuestros sistemas de salud"*. Fortaleza, Brasil: http://buenaspracticasaps.cl. Recuperado de http://buenaspracticasaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/Carta_de_Fortaleza_Espa %C3 %B1ol-III-Cumbre-Iberoamericana-MF-Abril-2008.pdf

____. (2010). Estatutos 2010-2013. Recuperado de http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/file/Estatutos %20WONCA-IBEROAMERICANA-CIMF.pdf

____. (2011). *IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Carta de Asunción. "Medicina familiar y atención primaria en salud renovada: Pensamiento y acción en beneficio de la salud familiar"*. Asunción, Paraguay: http://www.semfyc.es. Recuperado de http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFcartaAsuncion.pdf

____. (2014). *V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Carta de Quito. "Cobertura universal en salud, medicina familiar y comunitaria y participación social"*. Quito, Ecuador: http://www.paho.org/. Recuperado de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1182:carta-quito-hace-un-llamado-fortalecer-cobertura-universal-incorporando-principios-equidad-igualdad-solidaridad&Itemid=360

____. (2016). *VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Carta de San José. "Universalidad, equidad y calidad en los sistemas de salud: medicina familiar y comunitaria como eje"*. Recuperado de http://es.slideshare.net/MiguelPizzanelli/carta-de-san-jos-de-costa-ricaabril2016 http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1182:carta-quito-hace-un-llamado-fortalecer-cobertura-universal-incorporando-principios-equidad-igualdad-solidaridad&Itemid=360

CIMF/Wonca. (1996). *Medicina familiar en la reforma de los servicios de salud. Conferencia regional de líderes y expertos de las Américas*. Buenos Aires, Argentina: Recuperado de http://issuu.com/cbrandt/docs/declaraci_n_de_buenos_aires

Coppolillo, F., Labory, L., Martin, P. y Giménez, G. (2008). El médico que la gente prefiere: investigación cuali-cuantitiva acerca de la preferencia de la medicina centrada en el paciente en el área metropolitana de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*. Recuperado de http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/65

Fajardo, A. (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en la atención primaria en la década de 1980* (tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.

Gofin, J. (1999). The community orientation of primary care: A legacy of prof. S. L. Kark (1911-1998). *Atención Primaria*, 23(2), p. 97.

Gofin, J. y Foz, G. (2008). Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. *Fam Med*, 40(3), 202. Recuperado de http://kb9lr8du5m.search.serialssolutions.com/?charset=utf-8&pages=196-202&atitle=Training+and+application+of+community-oriented+primary+-care+(COPC)+through+family+medicine+in+Catalonia %2C+Spain&jtitle=Fam+Med&volume=40&issue=3&date=2008&aulast=Gofin&aufirst=Jaime&au=Gofin %2C+Jaime&genre=article

Gofin, J. y Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: Un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2-3). Recuperado de dx.doi.org

Gómez, T. y Ceitlin, J. (eds.). (1997). *Medicina de familia: La clave de un nuevo modelo*. Madrid: Medicina de Familia.

Gómez, C. (2008). *Hacia un modelo de atención primaria en salud, desde un enfoque intersectorial en el sistema de salud colombiano*. Bogotá: Viceministerio de Salud y Bienestar Dirección General de Salud Pública Grupo de Gestión Integral en Salud Pública.

Haggerty, J. L., Yavich, N. y Bascolo, E. P. (2009). Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(5), p. 377.

Irigoyen, A., Morales, H., Hamui A. y Ponce, R. (2006). La medicina familiar en Iberoamérica: Una reflexión histórica. *Medigraphic*, 9(2), pp. 48-51. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062b.pdf

Kidd, M. (2013). Medicina familiar y Wonca - Los retos del futuro. Discurso inaugural Congreso Mundial de Wonca. Praga, 29 de junio de 2013 Trad. Eva Tudela. Recuperado de http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/PresidentsBlog/MedicinaFamiliaryWONCA-Losretosdelfuturo.aspx

Ledesma S, F. M. y Flores, O. (2008). Medicina familiar: La auténtica especialidad en atención médica primaria. Gac Méd, 116(4), pp. 330-340. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n4/art09.pdf

Lessard, Contandriopoulos y Beaulieu. (2009). The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: Design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. BMC Family Practice, 10(1), p. 15. Recuperado de http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/15

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/

____. (2008). *La atención primaria más necesaria que nunca. informe mundial de salud 2008*. Ginebra: Biblioteca de la OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

____. (2010). OMS | Atención Primaria de Salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Organización Panamericana de Salud [OPS]. (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). http://new.paho.org/: OPS. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf

____. (2008). *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud*. Washington D.C: Biblioteca OPS.

Organización Panamericana de Salud [OPS]. (2003) Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años

y los retos futuros, RESOLUCIÓN CD44.R6 U.S.C. (2003). Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003. Recuperado de http://www.cedu-sedu.org.uy/docinteres/apsamerica.pdf.

OPS/OMS. (2005a). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Oficina Regional Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://flow.proquest.com/library/search/MEDINA/

OPS/OMS. (2005b). Renovando la atención primaria de salud en las Américas. Un documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / OMS. Borrador para discusión, versión en español 5 de mayo de 2005 (original en inglés, 31 de marzo 2005), Washington D. C; 2005.

OPS/OMS. (2007a). De Alma-Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia internacional sobre salud para el desarrollo "Derechos, hechos y realidades". Declaración de Buenos Aires. Buenos Aires: Argentina: http://new.paho.org/. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Declaracion_Buenos_Aires-2007.pdf

OPS/OMS. (2007b). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington, D.C: Biblioteca OPS.

OPS/OMS. (ed.). (2011). Residencias médicas en América Latina. Washington, D.C.: Biblioteca OPS.

Padula, M. I. (2013). Estado y avances de la salud familiar en Latinoamérica y el Caribe desde la mirada de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). *Medwave,* 13(1). Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-679692

Quevedo, E., Hernández, M., Miranda, N., Mariño, C. y Wiesner, C. (1990). *La salud en Colombia: Análisis socio-histórico*. Bogotá: Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.

Rodríguez, M. A., Bonivento, V. y Villadiego, A., M. (2012). El programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque: su iniciación, su desarrollo y su impacto. *Medicina Familiar.* Recu-

perado de http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio %20Talento %20Humano %20en %20Salud/Programa %20de %20formacion %20medicina %20familiar.pdf

Rodríguez, M. y Vega, M. (1995). *El Departamento de Medicina Familiar de la Universidad del Valle, su iniciación, su desarrollo y su impacto* (trabajo de grado). Universidad del Valle, Colombia.

Soklaridis, S., Oandasan, I. y Kimpton, S. (2007). Family health teams: Can health professionals learn to work together? *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 53(7), pp. 1198-1199.

Suárez, M. Á. (2012). Medicina centrada en el paciente. Revista Médica La Paz, 18(1), 72.

Vega, R. (2009). El papel de la atención primaria de salud en la transformación de los sistemas de salud. En Alcaldía Mayor de Bogotá (ed.). *Atención primaria integral de salud - estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Wonca. (2012). Global family doctor. Recuperado de http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx

Yepes, F. J. (1991). Análisis comparativo de los sistemas de salud: Algunos aspectos metodológicos. *Red de Revistas Científicas de América Latina,* 33(4), p. 395. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/106/10633411.pdf

Lista de figuras

Figura 1.1. Valores principios y elementos de la APS 40

Lista de tablas

Tabla 1.1. Comparación de modelos de atención convencional, por programas y atención centrada en las personas 45
Tabla 1.2. Cumbres iberoamericanas de medicina familiar (2002-2016) 57

Lista de siglas

APS: Atención primaria en salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
Wonca: Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia
CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar
Red Ibimefa: Red Iberoamericana de Investigación en Medicina Familiar
APOC: Atención Primaria Orientada a la Comunidad

2

Desarrollo de la medicina familiar y la APS en Iberoamérica

Sección 1

Canadá, España, Cuba y México

Esta sección agrupa las naciones que han logrado desarrollar un modelo de atención primaria (APS) con adscripción poblacional generalizado, y que en la puerta de entrada cuentan con médicos familiares en más del 50 %. Se trata de Canadá, España, México y Cuba. Las experiencias que han desarrollado los cuatro países en estos dos aspectos están documentadas en numerosos y diversos tipos de estudios, como lo indica la información de la Tabla 2.1.

Tabla 2.1. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información para el análisis de las experiencias de Canadá, España, Cuba y México

País / Tipo de estudio	Canadá		España		Cuba		México	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Observacional descriptivo	16	39,0 %	10	25,0 %	3	12,5 %	8	31,0 %
Observacional analítico	1	2,0 %	4	10,0 %	0	0 %	1	3,8 %
Cuasiexperimental	1	2,0 %	2	5,0 %	0	0 %	2	7,6 %
Experimental	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Revisión sistemática y revisión de la literatura	2	5,0 %	12	30,0 %	0	0 %	0	0 %
Cualitativo (con una metodología explícita)	11	27,0 %	1	2,50 %	1	4,1 %	2	7,6 %
Narrativo (editoriales, experiencias)	7	17,0 %	6	15,0 %	20	83,0 %	13	50,0 %
Otros*	3	7,0 %	5	12,5 %	0	0	0	0
Total	**41**	**100 %**	**40**	**100 %**	**24**	**100 %**	**26**	**100 %**

* En el caso de Canadá, los otros estudios son mixtos: observacional descriptivo y analítico. En España, se identificaron estudios mixtos: revisión sistemática-revisión de literatura y observacional descriptivo.

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con el tipo de literatura encontrada como fuente de información, en Canadá y España predominan los estudios observacionales descriptivos, y el peso de los documentos narrativos es de 17 % y 15 %, respectivamente. Estos porcentajes son bajos en comparación con Cuba y México, donde claramente predomina este tipo de textos con 83 % y 50 %, respectivamente. Debido a la gran cantidad de artículos que cumplieron los criterios de inclusión en el caso de Canadá, se hizo necesario hacer una selección de las fuentes, de acuerdo con su disponibilidad en la base de datos; en los otros tres países se revisaron los artículos seleccionados en su totalidad.

En el caso de España y Cuba se contó con fuentes más estructuradas centradas en el tema: *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en la atención primaria en la década de 1980* (Fajardo, 2007), tesis para optar por el título de doctorado en Salud, Antropología e Historia en la Universidad de Granada, y el libro Medicina general medicina familiar: Experiencia internacional y enfoque cubano (Márquez, Sansó y Galbán, 2011). Estas dos obras describen a profundidad los procesos de institucionalización de la medicina familiar en los dos países.

También debe señalarse que los documentos sobre los sistemas de salud de este grupo de países, en especial Canadá y Cuba, mencionan al especialista en medicina familiar como un personaje central en su implementación. En el caso de México, la experiencia del curso semiescolarizado se actualizó con base en las presentaciones que realizó el doctor Miguel Ángel Fernández durante el taller de formación de formadores en medicina familiar organizado por el Ministerio de Salud y Seguridad Social en Salud de Colombia en el año 2014.

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Bibliografía

Márquez, M., Sansó, F. y Galbán, P. (2011). *Medicina general-Medicina familiar: Experiencia internacional y enfoque cubano*. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de http://blogs.sld.cu/patricia/files/2011/07/medicina_general_medfam_completo1.pdf

Fajardo, A. (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en la atención primaria en la década de 1980*. (tesis para optar al Doctorado en Salud, Antropología e Historia). Editorial de la Universidad de Granada. Recuperado de https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/16925506.pdf

Fernández, M. (2014). Taller de formación de formadores en Medicina Familiar. Ministerio de Salud Pública de Colombia.

Lista de tablas

Tabla 2.1. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información para el análisis de las experiencias de Canadá, España, Cuba y México..... 79

Canadá

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Nadia Elizabeth Iguarán Manjarréz

Alejandra Villamizar Arciniegas

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

Canadá limita al sur y al noroccidente con Estados Unidos, al nororiente y noroccidente con los océanos Pacífico y Atlántico, y al nororiente con el Ártico. Tiene pequeñas fronteras insulares en el norte con Groenlandia (Dinamarca). Predomina el catolicismo (40,5 %), seguido por el protestantismo (20,3 %). Se profesan otras religiones como el islamismo, el hinduismo, el sijismo y el judaísmo. Los idiomas oficiales son el inglés (58,7 %) y el francés (22,0 %) (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

Con una extensión de 9 984 670 km^2, su densidad de población es una de las más bajas del mundo: en 2010 era de 3,8 habitantes por km^2, y de 75 % a 80 % se concentraba en las grandes ciudades. La distribución por grupos de edad para 2014 era:

0-14 años: 15,5 % (hombres 2 764 691 / mujeres 2 628 413).

15-24 años: 12,7 % (hombres 2 267 210 / mujeres 2 142 085).

25-54 años: 41,0 % (hombres 7 244 109 / mujeres 7 052 512).

55-64 años: 17,3 % (hombres 2 336 202 / mujeres 2 380 703).

65 años y más: 16,8 % (hombres 2 670 482 / mujeres 3 348 434) (CIA, 2014).

Los datos anteriores indican que Canadá tiene pocos menores de 14 años (15,5 %) y una alta proporción de mayores de 65 años (16,8 %) en comparación con Colombia (25,3 %; 6,5 %) y Argentina (24,9 %; 11,3 %) (CIA, 2014).

Canadá cuenta con un sistema de gobierno federal, con una democracia parlamentaria. Tiene dos niveles de gobierno reconocidos constitucionalmente. El primero es el central o gobierno federal. Las diez provincias y los tres territorios constituyen el segundo orden constitucional, de creciente importancia para los canadienses, ya que es responsable de las políticas sociales en salud y educación, además de administrar el cuidado de la salud pública provincial (Marchildon, 2005).

La Tabla 2.2 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 2.2. Indicadores demográficos y de salud de Canadá (2010-2015)

Indicador	Canadá
Población total (miles)	34 834 841 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	100 (2011)[b]
Expectativa de vida (años)	82,2 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	4,3 [3,7-5,0] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	7 [5-9] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	10,29 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	8,31 (2014)[a]
Médicos por 1000 personas	2,07 (2010)[c]

Enfermeras por 1000 personas*	9,29 (2010)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	10,9 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	69,8 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	18,5 (2013)[c]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	15,1 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	3991 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] "Canada: Health system review. Health systems in transition", por G. P. Marchildon.

[c] *Global Health Observatory (GHO)* data, por Organización Mundial de la Salud.

Generalidades del sistema de salud

La Ley Canadiense de Salud, promulgada en 1984, garantiza que todo ciudadano o residente permanente reciba servicios médicos y de hospitalización, además de procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y odontológicos independientemente de su ingreso o capacidad de pago. Para que esto sea posible, el sistema de seguros de salud canadiense ha evolucionado durante siete décadas hasta lo que es hoy (Commonwealth Fund, 2012; Marchildon, 2005; Solórzano, 1997). La evolución de este aseguramiento denominado Medicare se resume en las siguientes líneas.

Antecedentes

Al finalizar la década de los cuarenta, en Canadá, predominaba la medicina privada en la atención médica, y el acceso a este servicio dependía de la capacidad económica. En 1945 el gobierno federal propuso un esquema de seguro que fue rechazado por las provincias. En 1947 comenzó la tendencia hacia el seguro de enfermedad universal con financiamiento público, cuando la provincia de Saskatchewan introdujo un plan de seguro público para los servicios hospitalarios. Siguieron estos pasos Columbia Británica, en 1949, y Alberta, en 1950 (Marchildon, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2000).

En 1957 el gobierno federal fomentó la creación de programas de seguro hospitalarios en todas las provincias en un esquema de pagos 50-50. Para 1961, las diez provincias y los dos territorios[2] habían firmado acuerdos que establecían planes de seguro públicos con cobertura universal para la atención de los pacientes hospitalizados (Marchildon, 2005).

En 1962 la provincia de Saskatchewan implementó el seguro médico público, que cubría las visitas y los servicios prestados por los médicos fuera de los hospitales. En 1968 el gobierno federal promulgó la ley de atención médica para, además de los seguros hospitalarios, compartir en 50 % los costos de los servicios médicos de las provincias. Esta proporción se mantuvo durante 20 años aproximadamente (Marchildon, 2005).

En 1972, la provincia de Yukón adoptó el Medicare, y todos los planes provinciales y territoriales se ampliaron e incluyeron los servicios prestados. Esto permitió cumplir con el objetivo de tener un plan de seguro de salud nacional para dar atención hospitalaria y médica (Marchildon, 2005).

---

[2] En 1999 el Territorio de Nunavut se independizó de los Territorios del Noroeste, cumpliéndose un anhelo del pueblo Inuit. Desde ese momento hay tres territorios autónomos en Canadá.

En 1974 se publicó el informe Lalonde[3], titulado "Una nueva perspectiva de salud para los canadienses", donde se evidencia un pensamiento nuevo en relación con los factores determinantes básicos de la salud más allá de la atención médica, incluidos los factores biológicos, estilos de vida y las condiciones ambientales, sociales y económicas (Marchildon, 2005). Los conceptos plasmados en este informe han tenido repercusiones mundiales en la concepción y planificación de los servicios de salud.

En 1977, mediante una ley de programas de financiamiento, se sustituyó el costo compartido federal por el impuesto federal a las transferencias de efectivo, que vincula a las provincias al crecimiento del PIB. El nuevo esquema basado en transferencias per cápita a las provincias y territorios se reconoció como un financiamiento global (Marchildon, 2005). En el periodo de 1977 a 1996, debido a que las transferencias a las provincias ya no se destinaban exclusivamente al gasto en hospitales y servicios médicos, estas tenían la flexibilidad de invertir en otras modalidades de atención médica, como servicios ampliados y centros de salud comunitarios, o ampliar la cobertura de prestaciones de salud suplementarias, tales como medicamentos recetados a personas de la tercera edad o atención en salud oral para niños (Marchildon, 2005).

En 1979 y 1980 comisiones especializadas como la Comisión Hall evaluaron los servicios de salud y concluyeron que la accesibilidad a la atención médica estaba en peligro como consecuencia de los honorarios suplementarios que los hospitales, clínicas y médicos cobraban a los pacientes para buscar mayores ingresos. Dichos servicios solo estaban disponibles para quienes tenían capacidad de pago, pues para obtenerlos debían cubrir un costo adicional. Esto dio origen a un sistema de dos niveles que complementaba el plan provincial (Marchildon, 2005). Los resultados de la evaluación generaron la necesidad de un cambio que se consolidó al promulgarse

[3.] Denominado así por el apellido del ministro de salud de la época.

la Ley Canadiense de Salud en 1984, que crea una multa de dólar por dólar que se deduce de las transferencias federales en el caso de cobros adicionales sobre lo asegurado en las provincias (Marchildon, 2005; OPS, 2000).

La reforma realizada en 1984 se basó inicialmente en cuatro principios: administración pública, exhaustividad en la cobertura de servicios, universalidad para los residentes y portabilidad a otros territorios (provincias o aun países). Adicionó un quinto principio, el de accesibilidad, que prohíbe cualquier tipo de pago privado por la prestación de servicios. En consecuencia, la administración pública es el único pagador de los servicios (Marchildon, 2005).

Los cinco principios definidos en la reforma de 1984 han sido útiles para la seguridad financiera del sistema de salud. Estos principios han pasado evaluaciones como las consultas nacionales realizadas en el 2001 y 2002, cuando la Comisión sobre el Futuro de la Atención de Salud en Canadá concluyó que reflejaban los valores de los canadienses. Por recomendación de la Comisión Romanow, se intentó incluir un sexto principio, el de rendición de cuentas, pero esta iniciativa no recibió el respaldo de las provincias. Un estudio de James y colegas (citado por Marchildon, 2013) indica que con estos principios se logró una reducción importante en la disparidad, medida por las tasas de mortalidad susceptibles de atención médica (Marchildon, 2013).

Entre 1988 y 1996, en las provincias, se dieron una serie de reformas que progresivamente llevaron a la regionalización de su sistema de salud con la creación de las Autoridades Regionales de Salud (RHA, por Regional Health Authorities). Este proceso buscó asegurar la continuidad del cuidado entre el hospital y los servicios médicos con la salud pública; además, obligaba a una atención global desde la promoción y la prevención (Marchildon, 2005).

En septiembre de 2000, los primeros ministros de las provincias, los territorios y el gobierno central acordaron trabajar juntos en un amplio programa de atención primaria de la salud sobre la base de los resultados de

las consultas y de los diálogos con ciudadanos que desarrolló la Comisión Romanow, los cuales indicaban el deseo de cambiar hacia la atención primaria. Esta decisión se basó en los estudios de Barbara Starfield[4], según los cuales hay pruebas convincentes de que, para cualquier población definida, las medidas eficaces de atención primaria se traducen en mejores resultados en salud (Bailey, 2007). La decisión también contó con el respaldo del público en general (Marchildon, 2005).

En 2004 se diseñó el plan decenal para fortalecer la atención en salud, y comprometer a los primeros ministros a reducir los tiempos de espera en temas de salud prioritarios, a hacer hincapié permanente en la reforma de la atención primaria a la salud, a determinar los recursos humanos en salud y la atención domiciliaria en situaciones posteriores al periodo agudo de enfermedad, o en la atención de los pacientes con trastornos mentales y en fase terminal (Health Canada, 2012).

Este plan decenal garantizó en su momento que el gobierno federal aumentara las transferencias sanitarias federales a las provincias y territorios en un 6 % al año durante la siguiente década. A cambio de esto, los gobiernos provinciales y territoriales acordaron prioridades políticas para mejorar los tiempos de espera, la atención domiciliaria y la política farmacéutica. Aunque algunos gobiernos han progresado en una o más de estas

---

4. La doctora Starfield realizó múltiples estudios acerca de la APS. Algunos son: *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology* (1998). Nueva York, NY: Oxford University Press. Shi L., Starfield, B., Jiahong, Politzer, R. y Regan, J. (2003). Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South Med J*. 96(8): pp. 787-95. Shi, L., Starfield, B. y Xu, J. (2001). Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 50(2):161W-75W. Starfield, B. (2004). Summing up: primary health care reform in contemporary health care systems. En: R. Wilson, S. Short y J. Dorland, eds. Implementing primary care reform: barriers and facilitators (pp. 151-164). Kingston, ON, McGill-Queen's University Press for School of Policy Studies, Queen's University. Muchos de ellos son citados por autores canadienses que se refieren al sistema de salud y por textos de la OPS sobre el tema.

áreas, no ha sido notable el avance, especialmente en aquellas dirigidas a cambios transformadores (Marchildon, 2013).

La mayoría de los gobiernos federales y provinciales han extendido la cobertura total de servicios de atención domiciliaria en tres áreas: dos semanas de cuidado agudo en el hogar después del alta hospitalaria, dos semanas de la atención domiciliaria en salud mental aguda y la atención domiciliaria al final de la vida. Sin embargo, para otros servicios domiciliarios la variabilidad entre provincias es alta (Marchildon, 2013).

La Estrategia Nacional de Farmacéuticos, aunque tuvo unos progresos iniciales, finalmente no trascendió, debido a la falta de interés de los gobiernos participantes. Si bien varios gobiernos provinciales han introducido la cobertura de medicamentos catastróficos por su cuenta, no está claro si estos cambios han mejorado, en general, la protección financiera o han generado una disminución en la cobertura (Marchildon, 2013).

Estructura

En Canadá, la atención en salud se basa en un sistema nacional sin fines de lucro. Existe un programa de seguro nacional denominado Medicare y un Ministerio de Salud Federal que se relaciona con los ministerios y departamentos de salud provinciales. La Constitución Nacional delega la responsabilidad de la salud en los gobiernos provinciales y territoriales, por lo que existen trece sistemas de salud correspondientes a diez provincias y tres territorios, cada uno con su propio plan de aseguramiento. A pesar de que los sistemas provinciales y el federal son independientes y autónomos, todos tienen que cumplir con los principios básicos de accesibilidad, cobertura integral, universalidad, portabilidad y administración pública (Commonwealth Fund, 2012; Marchildon, 2005; Solórzano, 1997).

La relación entre las provincias y el estado federal se maneja a través de las conferencias de ministros y viceministros y los comités de salud

(Marchildon, 2013). La seguridad social es estatal y está complementada con seguros privados que dan algunas coberturas adicionales. (Commonwealth Fund, 2012; Marchildon, 2005; Solórzano, 1997).

De acuerdo con la Marchildon (2005 y 2013), se trata de un sistema único de salud con aseguramiento estatal y administración provincial, con una prestación de servicios predominantemente privados, pero regulados por el Estado. Esta prestación es descentralizada por, al menos, tres razones: las provincias y territorios tienen la responsabilidad financiera y de ejecución de la mayoría de servicios, los médicos son contratistas independientes, y existen múltiples organizaciones privadas que operan en condiciones de competencia, como las Autoridades Regionales de Salud (RHA) y los hospitales (Marchildon, 2013).

El gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema que las provincias y territorios deben seguir. Entre sus responsabilidades figuran regular los medicamentos prescritos y la seguridad, así como financiar y administrar una gama de los beneficios de salud y servicios para personas de las Primeras Naciones e Inuit, que no están incluidos en los programas de atención de salud asegurados por provincias y territorios. También tiene jurisdicción en los servicios de atención de salud para los miembros de las Fuerzas Armadas y la Real Policía Montada, los veteranos y los internos en centros penitenciarios federales. Además, tiene responsabilidades en los ámbitos de la salud pública, la investigación y la recopilación de datos de salud. Hace cumplir la calidad de atención por parte de los hospitales y médicos asegurados, como lo define la Ley Canadiense de Salud, y regula la capacidad de gasto en forma de transferencias fiscales a las provincias y territorios (Marchildon, 2013).

Los gobiernos provinciales y territoriales tienen como responsabilidad primordial administrar, organizar y ofrecer los servicios, así como financiar y regular las actividades de los profesionales de la salud. La administración está en cabeza de los ministros provinciales y territoriales,

quienes también se encargan de la legislación y los reglamentos que aseguran la cobertura universal de los servicios de salud.

Una parte importante de la administración de los recursos se delega en las RHA (Marchildon, 2013). De conformidad con la Ley Canadiense de Salud, las provincias y territorios son los únicos pagadores de los servicios hospitalarios y médicos. Este pago cubre desde la atención hospitalaria hasta el cuidado primario mediante servicios médicos (Commonwealth Fund, 2012; Marchildon, 2005; Solórzano, 1997).

Si bien la planificación general se lleva a cabo a nivel provincial, la organización y la coordinación detallada, incluidos los sistemas de información de salud, se desarrollan en el nivel de las RHA. Estas operan a un nivel intermedio entre los ministerios de salud y los proveedores individuales, y buscan administrar los servicios hospitalarios, la atención institucional y la salud de la comunidad, para mejorar la coordinación y continuidad de la atención, entre una multitud de organizaciones de atención de salud y proveedores dentro de un área geográfica.

Los servicios hospitalarios, en algunas provincias, tienen una legislación común con los servicios médicos, y en otras siguen una ley independiente. Ninguna provincia ha delegado a las RHA la responsabilidad de administrar los planes de medicamentos de receta o el pago por servicios médicos. En algunas provincias, como Ontario, no son responsables de atención primaria en salud (Marchildon, 2005).

Financiación

La financiación se comparte entre los seguros de salud públicos y privados, los usuarios y el gobierno; sin embargo, predomina lo estatal. En 2010, el recaudo de ingresos se distribuyó de la siguiente forma: aproximadamente 70,5 % del gasto total se financió con los impuestos de los gobiernos provinciales, territoriales y federales. El pago privado se dividió entre los pa-

gos directos de bolsillo (14,7 %) y los seguros de salud privado (12,8 %). El 2,1 % restante proviene de una serie de fuentes heterogéneas, incluidos los fondos de seguridad social (1,3 %), principalmente para los beneficios de salud a través de la compensación de trabajadores, y las donaciones de caridad dirigidas a la investigación, la construcción de instalaciones de salud y la compra de equipos hospitalarios (Marchildon, 2013).

Los pacientes no deben pagar por los servicios de Medicare, porque estos se financian con los ingresos del gobierno, principalmente a nivel provincial. En este nivel, los gobiernos también reciben fondos mediante transferencias del gobierno federal, que dependen del cumplimiento de las condiciones establecidas según los cinco criterios de la Ley Canadiense de Salud de 1984. Algunas provincias reciben transferencias incondicionales, al igual que los territorios, en un proceso de equiparación (Bourgon, 2009; Marchildon, 2013).

En resumen, el sistema de salud canadiense incluye servicios hospitalarios y médicos. Se financia primordialmente con impuestos públicos, cuya administración es pública. Su cobertura es universal, con un sistema de pago provincial. Los prestadores privados, con o sin ánimo de lucro, se encargan de ofrecer los servicios de acuerdo con una organización establecida por las provincias. Estos servicios se pueden complementar con otros de carácter mixto que incluyen mayor cobertura de medicamentos, cuidados en casa y servicios institucionales que se financian con impuestos públicos, seguros privados y pagos directos de bolsillo; también con servicios privados que comprenden la asistencia dental, el cuidado visual, otras medicinas y medicinas alternativas.

Los múltiples ajustes implementados han permitido que el sistema de salud llegue a la madurez y beneficie a todos los canadienses. Un proceso concomitante es la regionalización con la creación de las RHA. Esto ha requerido una financiación importante y una administración diferente para coordinar la continuidad de la atención. Aunque esta cadena de cambios en el sistema de salud inicia antes de que esté totalmente consolidada la

concepción de la atención primaria en salud, muchos de los conceptos que han sido implementados son coherentes con la atención primaria en salud. Entre ellos, se destacan la búsqueda de la universalidad en la atención y la prestación de servicios de salud integrales e integrados. Estos han sido reforzados por los conceptos pregonados por la OMS como parte la estrategia en APS; por ejemplo, las redes integradas de servicios de salud y el trabajo en equipo. Estos conceptos son acordes a la filosofía de la medicina familiar, y también le exigen un proceso de adaptación, tal como se explicará en la siguiente sección.

Modelo de atención y de prestación de servicios

En 1920 el Informe Dapson propuso un enfoque centrado en la población y un esquema basado en dos niveles (McWhinney, 1998). Uno cumple la función de puerta de entrada y, desde el punto de vista médico, está basado en el generalismo. El otro, que lo complementa, se fundamenta en el especialismo. La proliferación de especialidades, la fragmentación de los servicios y la asignación de recursos públicos para la atención de las personas hicieron ineludible la necesidad de organizar la prestación de servicios, la asignación de recursos y la capacitación del recurso humano. La concepción de APS promovida por la OMS se apoya en el generalismo.

Modelo de atención: la APS

En Canadá, así como en otros países de Europa y Norteamérica, la atención primaria ha sido entendida por lo general como el primer nivel de atención o puerta de entrada al sistema. Las reformas implementadas desde 1974 (véase sección Antecedentes, pág. 86) llevaron a que algunas provincias definieran la APS de forma más amplia, teniendo en cuenta determinantes

de la salud (Flook, 1995; Fooks Cathy, 2004). El país se comprometió a fortalecer la APS con el acuerdo de primeros ministros realizado en el 2004 (véase sección Antecedentes, pág. 86). Esta decisión se basa en la convicción de que al implementar este modelo de atención se puede dar la mejor respuesta en salud a la comunidad (Rosser y Kasperski, 1999). Sin embargo, el modelo se ha discutido de manera constante, tal como se explica a continuación.

Según el modelo tradicional de atención primaria canadiense, vigente hasta 1984, un médico familiar trabajaba de forma individual sobre una base de pago por servicio, y ofrecía atención de medicina general a sus pacientes, que conformaban un grupo relativamente estable tras el periodo inicial necesario para construir una práctica médica. Los pacientes podían seleccionar un médico familiar, con quien, por lo general, tenían una relación de largo plazo (Marchildon, 2013). A pesar de sus ventajas, este modelo de financiación de pago por servicio no generaba incentivos para que los médicos ofrecieran atención preventiva a una población definida o educaran a la comunidad. Además, limitaba el diagnóstico y el tratamiento, así como el alcance de las competencias del médico de la familia (Rosser y Kasperski, 1999).

Ante estas limitaciones, en las décadas de 1970 y 1980, las provincias y territorios propusieron una serie de iniciativas para mejorar la prestación de servicios en atención primaria a fin de aumentar su eficiencia (Marchildon, 2005), las cuales generaron cuatro formas de organización de los servicios (véase sección Modelos de prestación de servicio, pág. 97). En la década de 1980 se estudió la necesidad de impulsar la APS y los esquemas necesarios para lograrlo (Rosser y Kasperski, 1999). En este contexto, se analizó la atención individual que ofrecía el médico familiar, así como el rol que podrían tener otros profesionales de la salud, y se propuso la creación de equipos de APS (Flook, 1995; Rosser y Kasperski, 1999).

Durante la década de 1980, los procesos de racionalización, regionalización y reestructuración de los hospitales afectaron la figura del médico

familiar y la forma como prestaba sus servicios. En ese momento, parte de la discusión se centró en cuáles eran las condiciones necesarias para que el médico familiar desempeñara su función, pero se consideró que faltaba decisión política para lograrlo (Rosser y Kasperski, 1999). Aunque se pensó que un sistema fuerte en la atención primaria se asocia con la mejora de la salud de la población, persistió el debate sobre los impactos económicos de la reforma, la rentabilidad de los fondos existentes y los modelos de prestación de servicios (Geneau, Lehoux, Pineault y Lamarche, 2008; Rosser y Kasperski, 1999).

A raíz de las inquietudes generadas desde 1984 por los cambios en el sistema de salud (véase sección Antecedentes, pág. 86), se comenzó a comprender que el proceso de toma de decisiones tiene implicaciones económicas en varios niveles. Por ejemplo, Lessard y colegas (2009) proponen tres niveles que definen el flujo de recursos en el sistema. El nivel macro, hace referencia a la parte política con una intencionalidad clara dirigida a desarrollar la atención primaria; el nivel intermedio, se refiere a la parte administrativa; y el último nivel, o nivel micro, centrado en la práctica clínica, se enfoca en la prestación de servicios. De acuerdo con este planteamiento, la política de APS puede ser equiparada con el modelo de atención, la parte administrativa con la organización para prestar los servicios y el nivel micro con el modelo de prestación de servicios en sí, donde la mayoría de los médicos familiares de Canadá actúan.

Con el fin de lograr coherencia en este sistema de salud, se han invertido los recursos requeridos en los equipos de APS (véase sección Antecedentes, pág. 86) y se ha intentado que 80 % de los problemas de salud se manejen en atención primaria. En este escenario, el médico familiar toma decisiones y asigna recursos, mientras el sistema de salud se esfuerza por reconocer que una cantidad considerable de las decisiones de asignación de recursos tiene lugar a diario en el momento de la entrevista clínica.

Para implementar la atención primaria, el énfasis ha recaído en promover la formación del médico familiar en equipos, y en que este cumpla

un rol de generalista. Esto se explica porque en Quebec, durante la primera década del 2000, cerca del 40 % de médicos familiares estaban ubicados en un segundo nivel, y atendían patologías o grupos específicos que los alejaban de su función en el sistema y de su trabajo con comunidades (Rodríguez y Pozzebon, 2010). Lo anterior sugiere que este rol del generalista debe tener suficientes incentivos para que exista interés profesional en desempeñarlo.

Después de la reforma del 2004, los responsables políticos han diseñado e implementado varias estrategias con el fin de alinear el trabajo de los médicos de atención primaria con los objetivos del sistema de salud y de la reforma. Se crearon nuevos fondos de atención primaria y modelos de prestación de servicios para promover el desarrollo y difusión de guías de práctica clínica. Se ha estudiado cómo inciden los factores individuales, organizacionales y ambientales, así como la administración del tiempo y las implicaciones de todo esto en la toma de decisiones (Geneau *et ál*., 2008).

Modelos de prestación de servicios

En la sección anterior se evidencia que en Canadá existe una decisión firme de implementar un modelo de atención basado en la APS. Aunque es claro que para pasar de la atención por parte de diferentes especialidades a la medicina familiar se requiere la autorización del médico de cabecera, no se ha definido por completo la forma de organizar la prestación de servicios. Algunas variables importantes que han tenido en cuenta son: la organización de los servicios y los objetivos planteados para cada una de las organizaciones, así como los esquemas de pago correspondientes. Por ejemplo, el gobierno de Ontario cuenta, desde la primera década del siglo XXI, con diferentes modelos de buenas prácticas en atención primaria, cuyo rendimiento se está evaluando (Marchildon, 2013). Sin embargo, se han encontrado modelos de atención primaria que funcionan en Ontario, pero

que no están orientados a la comunidad y no desarrollan adecuadamente procesos interdisciplinarios, por lo que están en la búsqueda de los ajustes necesarios para lograrlo (Muldoon *et ál*., 2010).

Los modelos de organización incluyen los Centros de Salud Comunitarios (CHC, por Community Health Centre), con un modelo remunerado por servicios a poblaciones de niveles socioeconómicos más bajos; los Grupos de Salud de la Familia (FHG, por Family Health Groups), basados en un modelo de pago mixto por servicio; las Redes de Salud de la Familia (FHN, por Family Health Networks) y Organizaciones de Salud Familiar (FHO, por Family Health Organizations), cuyos médicos son financiados en un modelo de capitación mixto; y los Equipos de Salud Familiar (FHT, por Family Health Teams), que se componen de varios tipos de profesionales, y los médicos que se financian en un modelo de capitación mixto (Marchildon, 2013).

En un estudio acerca de los ámbitos de desempeño de los médicos familiares en Canadá, Wong (2010) apoya los esfuerzos de renovación de atención primaria que utilizan un sistema de pago mixto y buscan incorporar como aliados a diferentes profesionales de la salud en los ámbitos de la práctica principal de los programas, y fomentar las prácticas de grupo. Esto refleja, en parte, las adaptaciones a las nuevas organizaciones de prestación de servicios y de formas de pago a las que se está migrando en Canadá. En la sección sobre Organización mundial y regional de la especialidad, pág. 54, se presentan algunas experiencias acerca de las implicaciones de este cambio, y la discusión sobre el papel que debe desempeñar el médico familiar en la atención de una población con un enfoque de APS.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicio

Formación en medicina familiar

Hitos

En Norteamérica, desde la década de los sesenta, la medicina familiar existe como una especialidad derivada de la medicina general, que recupera el generalismo como una práctica médica valiosa. Su concepción filosófica ha estado ligada a la necesidad de prestar servicios de salud de una forma integral, al tener presente que la atención se ofrece a un ser humano, antes que a un órgano o sistema. Según esta concepción, el paciente es un ser social que vive en un contexto particular, y es un ser racional con capacidad de decisión dentro de una relación con otro, el médico, experto en el tema de salud y comprometido con brindarle el mejor cuidado a él y a su familia, desde la promoción y la prevención hasta la rehabilitación, y en diferentes procesos vitales, desde el nacimiento hasta la muerte (McWhinney, 1998). A continuación, se presentan algunos hitos que muestran la evolución de la medicina familiar canadiense.

En junio de 1954 se fundó el Colegio de Médicos Generales de Canadá. En 1967, cambió su nombre a Colegio de Médicos Familiares de Canadá (CFPC, por College of Family Physicians of Canada), y un año después el Parlamento concedió el registro de funcionamiento (CFPC, 2014b).

En 1981 la Asociación Médica Canadiense revisó los requisitos para obtener el título de médico familiar. Hasta ese momento se lograba tras haber realizado la residencia o haber certificado las rotaciones que se hacían durante un año. Este proceso llevó a unificar, en 1984, los programas de formación en dos años, y a posicionar el CFPC como el órgano responsable de establecer los lineamientos para la formación (CFPC, 2014b). Aunque el propósito inicial era el de unificar tales lineamientos en los posgrados de

Medicina Familiar, el CFPC también ha tenido una influencia importante en el pregrado de medicina por ser esta especialidad un continuo en la formación del generalista desde el pregrado (véase sección Integración del Currículo Triple C de pregrado y posgrado, pág. 107).

En los ochenta se creó el Proyecto de Educación de los Futuros Médicos de Ontario (EFPO, por Educating Future Physicians of Ontario) para disminuir la brecha entre la percepción de los médicos y la población. Este proyecto buscó que los programas de formación médica fueran sensibles a la evolución de las necesidades sociales, y definió ocho roles médicos por desarrollar: médico experto (toma de decisiones clínicas); comunicador (educador, humanista, curandero); abogado de la salud; aprendiz; colaborador; puerta de entrada y administrador de recursos; científico / académico; y persona (Tannenbaum *et ál*., 2011a).

Por su parte, en 1997, el proyecto Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) inició un proceso para establecer los roles médicos, que se modificaron en 2002 y 2005. En 2005, el CanMEDS se basó en los conceptos del Proyecto de Educación de los Futuros Médicos de Ontario, con el objetivo de educar a los residentes de forma óptima y facilitar el desarrollo de roles para cada especialidad. Los roles CanMEDS 2005 son los siguientes: médico experto, comunicador, colaborador, gerente, abogado de la salud, académico y profesional (Tannenbaum *et ál*., 2011a). Estos son roles comunes para la formación de los médicos de Canadá, y se particularizan para esta especialidad con base en los principios de medicina familiar (para información detallada, véase sección Principios y roles de la medicina familiar, pág. 105).

Colegio de Médicos Familiares de Canadá (CFPC)

En el desarrollo de la medicina familiar, el CFPC merece mención especial debido a su papel de liderazgo que ha sido determinante en la implemen-

tación de la APS. Varios hechos, así lo demuestran. En 1985 estableció los cuatro principios fundamentales de la medicina familiar:

1. El médico familiar es un especialista (clínico habilidoso).
2. La medicina familiar es una disciplina basada en la comunidad.
3. El médico familiar es un recurso definido para la atención de una población definida (mantiene la salud de la comunidad asignada).
4. El rol central del médico familiar es la relación médico-paciente (Tannenbaum *et ál*., 2011a).

Estos principios determinan con claridad el papel fundamental del médico familiar en el sistema y el horizonte de formación para ofrecer una atención integral, tanto al paciente como a su familia, y dan los lineamientos para la formación de médicos familiares antes de que se desarrollara el concepto de competencias. El CFPC ha promovido activamente su cumplimiento (CFPC, 2011; Rosser y Kasperski, 1999). Además, en 1994 creó la Fundación de Investigación y Educación (REF, por Research and Education Foundation), dedicada exclusivamente a apoyar iniciativas de educación e investigación propuestas por médicos de familia en nombre de sus pacientes. Mediante donaciones, la Fundación financia becas de investigaciones y becas a estudiantes, residentes, profesores e investigadores de medicina que benefician a comunidades grandes y pequeñas (CFPC, 2014d).

Entre 1995 y 2012, el Colegio creció de manera continua y paulatina: su número de afiliados aumentó a más del doble, y buscó la atención de los políticos sobre la medicina de familia mediante la creación de una cartera de la política de salud efectiva dentro de la universidad, y el establecimiento de relaciones de trabajo más estrechas a nivel del gobierno nacional y provincial. Parte del proceso que permitió este crecimiento se puede leer en las siguientes líneas.

El CFPC realizó un intenso examen del futuro de la medicina familiar entre 2000 y 2003 para establecer qué se necesitaba para fortalecer el papel del médico familiar en la atención primaria. Un resultado importante es el documento titulado *Family Medicine in Canadá-Vision for the Future* (2004), donde se hace un llamado a valorar, apoyar y fortalecer el papel del médico de la familia en la atención primaria, así como de otras partes del sistema de salud (Bailey, 2007). A finales de 2006, creó el Grupo de Trabajo sobre la Revisión Curricular de Posgrado (WGCR, por Working Group on Postgraduate Curriculum Review). En 2010, este trabajo dio origen al Currículo Triple C basado en competencias (véase sección Currículo Triple C, pág. 105). Con el apoyo de Health Canada, el Colegio también ha desarrollado cuatro proyectos para fortalecer este papel (Bailey, 2007): Grupos de Interés en Medicina Familiar, consolidación del rol de la medicina familiar en el currículo de pregrado, medicina familiar y otras especialidades-trabajando y aprendiendo juntos, y fortalecimiento del apoyo a los médicos familiares en el cuidado primario.

Grupos de Interés en Medicina Familiar (FMIG, por Family Medicine Interest Group). Son dirigidos por estudiantes de medicina para estudiantes de medicina. Sus objetivos son:

1. Aumentar la exposición a la especialidad de medicina familiar durante el pregrado mediante la inclusión.
2. Promover la formación de posgrado y la práctica de la medicina familiar.
3. Mejorar la imagen global de la especialidad de la medicina familiar en el entorno de la formación en el pregrado (Kerr, Seaton, Zimcik, McCabe y Feldman, 2008).

Existen en todas las escuelas de formación médica de Canadá y son apoyados por el CFPC mediante una oficina central. Se promueven dos foros

anuales, y la asignación de becas (CFPC, 2014c) (véase sección Colegio de Médicos Familiares de Canadá, pág. 100).

Consolidación del rol de la medicina familiar en el currículo de pregrado. Busca incluir en la formación médica conceptos de medicina familiar, como los principios y roles del médico familiar en el sistema y la importancia de la APS. Su actividad está estrechamente relacionada con los grupos de interés en medicina.

Medicina familiar y otras especialidades-trabajando y aprendiendo juntos. Se propone mejorar la atención del paciente y la satisfacción profesional. Tiene en cuenta que el médico familiar y las otras especialidades son valorados por la comunidad, y son necesarias para dar una respuesta complementaria. Trabaja en desarrollar acciones específicas desde el pregrado, para promover la cooperación interprofesional entre la medicina familiar y otras especialidades, y entre los cuerpos colegiados de estas (RCPSC y CFPC, 2006).

Fortalecimiento del apoyo a los médicos familiares en el cuidado primario. Gracias a este programa, se formaron líderes en APS. Estos tuvieron la oportunidad de desarrollar un conjunto de herramientas de APS para los médicos de familia, y explorar las oportunidades de los programas marco y otros profesionales de la salud para entender mejor e introducir el enfoque de equipos interprofesionales en APS. El conjunto de herramientas incluye cinco temas clave: remuneración, gobernabilidad, colaboración interdisciplinaria, continuidad, integralidad de la atención y tecnología de la información. Tom Bailey (2007) considera que este proyecto es indispensable para sustentar la práctica central del médico familiar.

De acuerdo con el estimado para 2014, el CFPC cuenta con más de 30 000 miembros a lo largo del territorio. Esta agremiación aboga por los médicos de familia y sus pacientes, y tienen definidas las siguientes metas: atención con calidad centrada en el paciente, carreras gratificantes y valoradas, estándares educativos relevantes y progresistas, capacidad de investigación, efectividad organizacional, así como responsabilidad social y equidad.

Para lograr dichas metas, acredita la formación de este posgrado en diecisiete escuelas nacionales de medicina, busca que se tengan altos estándares en la educación médica y el perfeccionamiento del médico familiar mediante evaluación de los diecisiete programas, y el desarrollo profesional con esquemas de educación continuada. Tiene una revista de circulación mensual con cerca de 30 000 lectores, y otras publicaciones con actualizaciones; también incluye una de carácter electrónico. Realiza, además, asambleas científicas anuales a nivel nacional y provincial, y representa a la Wonca en Canadá (CFPC, 2014a).

Características de los programas académicos

En Canadá existe una tradición de formación en medicina familiar que inició formalmente en 1968. Las condiciones del sistema han evolucionado y los programas de Medicina Familiar también. Desde 1985 rigen algunos lineamientos para la formación de estos profesionales, basados en los cuatro principios de la especialidad (véase sección Hitos, pág. 99).

Es llamativo el proceso que actualmente se desarrolla en el país para unificar los estándares de formación. Este trabajo inició en 2009, en un subcomité de la Sección del Consejo de Profesores (Section of Teachers Council), y culminó en 2010 con el informe respectivo. Su recomendación central fue elaborar un currículo unificado que tomara los nuevos conceptos pedagógicos dirigidos a programas basados en competencias. El documento inicial sobre este currículo fue publicado en marzo de 2011, y las diecisiete facultades que forman médicos familiares suscribieron el compromiso de adoptarlo. Tiene un plan a corto plazo con evaluación entre 2014 y 2017 y un plan de evaluación a largo plazo que se dió inicio en 2016. Este currículo ha sido denominado el Currículo Triple C (Triple C Curriculum).

Currículo Triple C

Uno de los hitos en el desarrollo de la medicina familiar en Canadá es la creación del Currículo Triple C, denominado así por basarse en tres conceptos que inician por C. La primera C (*comprehensive*), se refiere a una formación integral en todos los campos; la segunda C (*continuity*), a la continuidad en el cuidado del paciente, así como en el entrenamiento y evaluación por parte del docente; y la tercera C (*centred in family medicine*), a la identidad del médico familiar. Sus objetivos son: guiar los currículos en Canadá, formar las bases para el diseño y acreditación de los programas de residencia, y preparar al residente para el cuidado de la salud en una forma integral (Tannenbaum *et ál*., 2011a).

Principios y roles de la medicina familiar

Los roles y principios de la medicina familiar dan un marco general de las competencias que se desean lograr en las residencias de la especialidad en Canadá. Los CanMEDS de Medicina Familiar (CanMEDS-MF) se definen en función de la relación entre los cuatro principios de la disciplina propuestos por el Colegio de Médicos Familiares de Canadá y los roles CanMEDS. Los primeros son conceptos fundamentales de la naturaleza y la práctica de la medicina, mientras que los segundos se centran en resultados de la atención o competencias que se esperan del médico practicante.

La relación que se establece entre los principios de medicina familiar y los roles de medicina familiar CandMEDS es de la siguiente forma: el rol central del médico familiar es la relación médico-paciente; está relacionado con los roles de comunicador, colaborador y profesional. El médico familiar es un especialista (clínico habilidoso); está relacionado con los roles el médico familiar experto, comunicador y académico. La medicina familiar es una disciplina basada en la comunidad; está relacionado con los

roles colaborador, gerente y abogado de la salud. El médico familiar es un recurso definido para la atención de una población definida (mantiene la salud de la comunidad asignada); está relacionado con los roles colaborador, gerente, abogado de la salud y académico (Tannenbaum *et ál*, 2011a.). Esta relación se simboliza con un árbol cuyas raíces son los cuatro principios y los roles son las siete hojas (ver Tannenbaum *et ál*., 2011a).

Los roles CanMEDS de Medicina Familiar representan competencias generales que implican la combinación de conocimientos, habilidades, juicio, actitudes y valores personales. Cada uno tiene asociadas unas competencias clave que son más concretas. En el desarrollo del currículo, estos roles pueden servir de base para los resultados esperados, los objetivos educativos de rotación o los objetivos específicos de instrucción. Las competencias clave, a su vez, se relacionan con unas competencias facilitadoras (*enabling competencies*), que se utilizan en la literatura educativa para referirse a las subhabilidades, constituidas por los conocimientos, habilidades y actitudes, que habilitan o permiten el logro de una competencia mayor. Los dos últimos niveles definen los resultados en el programa, es decir, de cada programa de residencia individual en medicina familiar, y por último están las oportunidades específicas para desarrollar las competencias o situaciones que generan aprendizaje en las rotaciones. Los seis niveles conforman una pirámide en donde los cuatro principios de la medicina familiar ascienden de lo específico a lo general. Los seis niveles conforman una pirámide en donde los cuatro principios de la medicina familiar ascienden de lo específico a lo general. El Currículo Triple C[5] está representada en una pirámide en la que la base son las oportunidades específicas para el desarrollo de competencias y

[5] Para una explicación detallada de la manera como se articulan estos niveles, puede consultarse triple C competency-based curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review Part 1c. 1) en http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/WGCR_TripleC_Report_English_Final_18Mar11.pdf

seria el nivel seis, el siguiente nivel o cinco son los resultados en el programa, el nivel cuatro lo constituyen las competencias facilitadoras, el nivel tres las competencias clave, el nivel dos los roles CanMEDS de medicina familiar y la cúspide o nivel uno los cuatro principios de medicina familiar.

Integración del Currículo Triple C de pregrado y posgrado

La Asociación de Facultades de Medicina de Canadá publicó el informe *The Future of Medical Education in Canada*. En este afirma que la atención en el país ha mejorado gracias al enfoque holístico que valora la participación de la familia. Reconoce además que el enfoque generalista de la especialidad es un elemento clave en la educación de pregrado, y hace hincapié en la necesidad de aumentar el número de egresados con esta orientación. Se busca que en la primera fase se realice el desarrollo de competencias básicas y fundamentales complementadas con el aprendizaje basado en la experiencia. El currículo debe basarse en competencias, con un plan de estudios predefinido y tener un componente flexible.

Con la introducción de los CanMEDS de Medicina Familiar (CanMEDS-FM), el Currículo Triple C ha dado a los educadores de medicina familiar de pregrado un marco para organizar su contenido curricular y la evaluación. El Comité de Pregrado del CFPC desarrolló los CanMEDS-FMU5 (CanMEDS-Medicina Familiar de Pregrado) para definir las competencias de nivel apropiado, organizadas según los roles CanMEDS-FM. Este marco conforma un continuo entre el currículo de pregrado de medicina y el posgrado de medicina familiar. La coordinación de los recursos clínicos de experiencias longitudinales en la educación de pregrado y posgrado, en los hospitales de enseñanza y, en especial, en la comunidad, se hace trascendental en un sistema de educación médica basada en competencias.

Recomendaciones para su implementación

El Grupo de Trabajo sobre la Revisión Curricular de Posgrado expidió, en el 2010, once recomendaciones para implementar el Currículo Triple C:

1. El objetivo debe ser formar médicos de familia competentes para ofrecer una atención integral y continua.
2. El aprendizaje en medicina familiar debe ser integral y seguir un conjunto de competencias organizadas según los siete roles profesionales de los CanMEDS-MF.
3. La continuidad es importante e implica tanto continuidad del cuidado del paciente y su familia, como de la educación (médica y de los pacientes).
4. Para lograr los resultados de aprendizaje esperados, el enfoque debe ser por competencias. Las experiencias de aprendizaje deben diseñarse con la intención explícita de ayudar a los residentes en la adquisición y demostración de estas competencias.
5. La adquisición de las competencias específicas se debe evaluar de forma integrada en el plan de estudios. La promoción debe depender del logro de competencias más que del tiempo en el entrenamiento.
6. Los programas de medicina familiar deben garantizar que haya experiencias relevantes de medicina de familia como parte del plan de estudios.
7. El núcleo de educadores de la facultad debe estar integrado por profesores de medicina de familia experimentados y cualificados, que ofrezcan atención integral individual o como grupo.
8. Los residentes deben asumir la responsabilidad mayor por su aprendizaje y para demostrar la adquisición de competencias.
9. El rendimiento final de los residentes es una responsabilidad compartida entre el residente y el programa. El programa debe

ser flexible e individualizado para asegurar las experiencias y el acompañamiento necesario.

10. La mayoría de los residentes deben alcanzar los resultados de aprendizaje esperados dentro de un plazo de 24 meses; sin embargo, algunos requieren un periodo de entrenamiento más prolongado.
11. Se deben estructurar programas mejorados de desarrollo de aptitudes y habilidades en la atención integral y continua durante periodos de entrenamiento largos.

Marco de aplicación de los roles y competencias

Hasta aquí, se ofrece un marco de las competencias requeridas a los médicos de familia en la prestación de una atención integral. Sin embargo, este no describe completamente el espectro de actividades clínicas en las que se aplican los roles CanMEDS-FM y que definen la atención integral proporcionada por los médicos familiares en Canadá. Por esta razón, el Grupo de Trabajo sobre la Revisión Curricular de Posgrado del Colegio de Médicos Familiares de Canadá desarrolló un suplemento al documento CanMEDS-FM (Oandasan, 2013). En este se resumen, las actividades profesionales que delimitan el ámbito de la atención integral en medicina familiar son: los entornos en los que se presta atención, el espectro de responsabilidades clínicas gestionadas por los médicos de familia, los procedimientos clínicos realizados en la práctica, y la variedad de poblaciones de pacientes atendidos. Estos dominios de atención clínica forman la base de lo que se construye con las experiencias de aprendizaje en la residencia en medicina familiar. También proporcionan el contexto en que se desarrollan los roles CanMEDS-FM y su significado práctico en la atención al paciente.

En este documento se organiza la actividad profesional en dos áreas: dominios de atención clínica en entrenamiento de residentes y desarrollo

de competencias profesionales. Los dominios en cuidados clínicos están relacionados con los ámbitos de desempeño de la siguiente forma: el cuidado del paciente a través del ciclo vital incluye a niños, adolescentes y adultos. Los adultos están subdivididos en cuidado de salud de la mujer incluida la maternidad, cuidado de salud del hombre, cuidado de la ancianidad y cuidados al final de la vida y cuidados paliativos. El cuidado en los entornos clínicos (urbano y rural) incluye los ámbitos ambulatorio, hospitalario, el cuidado a largo plazo (crónicos), las urgencias, el cuidado domiciliario y los ajustes basados en la comunidad. El espectro de responsabilidades clínicas incluye la prevención y promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento de los problemas que se presentan (agudos, subagudos y crónicos), el manejo de enfermedades crónicas, la rehabilitación, la atención de soporte y la paliación. El cuidado de pacientes desatendidos incluye a pacientes aborígenes, pacientes con enfermedades mentales o adicción e inmigrantes recientes. Las habilidades de procedimientos tienen definido un listado básico de acuerdo al Colegio de Médicos Generales de Canadá (Tannenbaum *et ál*., 2011b).

Las competencias profesionales completan el espectro de formación del médico familiar y tienen relación con su respectivo rol de la siguiente forma: el rol de comunicador se relaciona con la competencia de uso de tecnología de la información incluidos los registros médicos electrónicos; el liderazgo con la colaboración para el trabajo en equipo; el rol de gerente con las iniciativas de seguridad del paciente, divulgación del error, mejora de la calidad de vida y recuperación y gestión de la información; la abogacía de la salud que se relaciona con la responsabilidad social y promueve la capacidad de respuesta de la comunidad; el rol de académico con las habilidades de enseñanza, las habilidades de investigación y las habilidades de aprendizaje permanente; finalmente el rol de profesional se relaciona con la competencia de profesionalismo incluidos la ética, límites y autocuidado (Tannenbaum *et ál*., 2011b).

Con este espectro conceptual, el Currículo Triple C da los lineamientos para que todos los programas de medicina familiar en Canadá, pregrado y posgrado, tengan parámetros comunes y puedan seguir un plan a corto y largo plazo para implementarlo. Se proyectó hacer el seguimiento de resultados a corto plazo entre el 2014 y el 2017, y a largo plazo a partir del 2016 (Oandasan, 2013).

Los programas de formación

La Medicina Familiar en las universidades de Canadá es un programa que da continuidad a los lineamientos desde el pregrado y, una vez culminado, proporciona una vía formal para la residencia en el posgrado. También ofrece a los posgrados servicios de investigación integrados, estructurados y rigurosos para la formación académica (Wright, Scott, Woloschuk y Brenneis, 2004).

En el país se han establecido múltiples programas de Medicina Familiar con fundamentos esenciales comunes a todas las escuelas de medicina. Sin embargo, cada región puede hacer su propia oferta, con algunas características específicas. La Tabla 2.3 presenta las carreras vigentes en 2014.

Tabla 2.3. Programas de Medicina Familiar en Canadá (2014)

Región	Universidades con programas de medicina familiar
Este	• Dalhousie University, Department of Family Medicine, Halifax, Nova Scotia • Memorial University, Discipline of Family Medicine, St. John's, Newfoundland y Labrador
Quebec	• McGill University, Department of Family Medicine, Montreal, Quebec • Université Laval, Département de Médecine Familiale, Québec City, Quebec • Université de Montréal, Département de Médecine Familiale et de Médecine d'Urgence, Montreal, Quebec • Université de Sherbrooke, Département de Médecine de Famille, Sherbrooke, Quebec
Ontario	• McMaster University, Department of Family Medicine, Hamilton, Ontario • Northern Ontario School of Medicine (NOSM), Family Medicine Residents of the Canadian Shield (ROCS) Program, NOSM is in Sudbury, Ontario, residency is in various northern Ontario locations • Queen's University, Department of Family Medicine, Kingston, Ontario • University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, Toronto, Ontario • University of Ottawa, Department of Family Medicine, Ottawa, Ontario • University of Western Ontario, Department of Family Medicine, London, Ontario
Oeste	• University of Alberta, Department of Family Medicine, Edmonton, Alberta • University of British Columbia, Department of Family Practice, Vancouver, British Columbia • University of Calgary, Department of Family Medicine, Calgary, Alberta • University of Manitoba, Department of Family Medicine, Winnipeg, Manitoba • University of Saskatchewan, Department of Academic Family Medicine, Saskatoon, Saskatchewan

Fuente: "Family medicine in Canada" por Family & Comunity Medicine University of Toronto, 2014.

Además del tiempo de duración, los programas de formación posgraduada comparten otras características: todos tienen rotaciones por los servicios de medicina interna, pediatría y medicina familiar. La mayoría también hace las rotaciones por servicios de ginecobstetricia, cirugía, urgencias y cuidados paliativos. En algunos programas, los estudiantes rotan por geriatría, ortopedia, anestesia y dermatología, entre otras. La mayoría de las carreras cuenta con varias unidades de medicina familiar y la opción de desarrollar una práctica rural. Esta información se puede profundizar consultando cada una de las páginas de los diecisiete programas.

Medicina familiar y atención primaria en salud

La doctora Barbara Starfield propuso relacionar los resultados de salud con seis características prácticas que hacen parte del enfoque ideal de medicina familiar. Estas son: el cuidado debe ofrecerse desde el primer contacto, ser integral, coordinado, longitudinal y continuo; además, debe centrarse en la familia y estar orientado hacia la comunidad (Tannenbaum *et ál*., 2011a). La mayoría de estas características coinciden con las propuestas por la OMS como elementos o rasgos distintivos de la APS (OMS, 2007, 2008) (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 34).

Ámbitos de desempeño

La formación en medicina familiar es transversal a muchas especialidades. Se ha interpretado que funciona como un eje horizontal que toma lo esencial de las especialidades básicas y da a estos conocimientos un enfoque integral centrado en la persona. Reúne desde la promoción y prevención de la salud, en la que hace énfasis, hasta el tratamiento y la rehabilitación a lo largo de la vida.

Se han hecho estudios sobre cómo perciben los médicos familiares canadienses su formación en estos aspectos, lo que es relevante para comprender la relación entre la formación y los lugares donde se desempeñan en Canadá. De acuerdo con Curry y Woodward (1985), entre 1976 y 1978 la Canadian Medical Association Task Force on Education for the Provision of Primary Care Services entrevistó a cerca de 1200 médicos graduados que ejercían en atención primaria[6], quienes habían sido entrenados fundamentalmente en áreas como medicina interna, pediatría, urgencias, cirugía, ginecobstetricia, psiquiatría y medicina familiar. También habían realizado rotaciones por ortopedia, anestesia, otorrinolaringología, dermatología, radiología y oftalmología.

Dentro de este mismo estudio, los autores describen la percepción de los médicos respecto a si las habilidades adquiridas en su formación han sido adecuadas y adaptables a su entorno laboral. Según los resultados, 90 % estaba satisfecho con su formación en áreas como acceso a la información médica, formulación y manejo de medicamentos, así como en tratamiento de enfermedades crónicas de origen cardiovascular y gastrointestinal. El 50 % de los entrevistados manifestaron no estar preparados adecuadamente para realizar procedimientos técnicos (como toracentesis o aspirado de médula ósea) o manejar situaciones complejas como la demencia senil. Los entrevistados se autoevaluaron con mejores promedios de formación en cuidado de problemas clínicos comunes, promoción del mantenimiento de la salud, componentes psicosociales de enfermedades mayores, habilidades en evacuación de emergencia, manejo de problemas psicosomáticos y características culturales.

Estos dos investigadores también reportaron diferencias en cuanto a programas de entrenamiento específico en áreas aisladas (zonas rurales),

---

6. En ese momento existían tres formas de lograr la titulación posgraduada: esquema de internado rotatorio, prácticas mixtas y residencias de medicina familiar. Estas últimas podían ser de 1, 2 o 3 años.

en las que desarrollaban mayores competencias para organizar la práctica y administrar tanto el consultorio como situaciones financieras. Comparados con otros programas, los estudiantes asistían menos a ayudantías quirúrgicas y tenían mejor preparación para vasectomías, tubos torácicos, ligadura de trompas, apendicetomías e intubaciones. De acuerdo con los resultados, el esquema de residencia mejor evaluado globalmente respecto a las otras alternativas de formación fue el de dos años. En el estudio recomiendan el esquema de formación utilizado en zonas aisladas (rural).

En un estudio diseñado para establecer los factores asociados con el ámbito de práctica de médicos familiares y generales en Canadá, Wong y Stewart (2010) tomaron datos transversales recolectados en el año 2001 de la National Family Physician Workforce Survey (NFPWS), realizada por el Colegio de Médicos Familiares. Incluyeron servicios en el ámbito de la práctica de médicos familiares, que fueron: anestesia, manejo de enfermedades crónicas, emergencias, visita domiciliaria, cuidados paliativos, medicina preventiva, coordinación del uso de otros servicios por parte de los pacientes, atención de salud mental, la psicoterapia y la consejería. Otros servicios fueron: salud mental, cirugía mayor, ayudantías quirúrgicas, procedimientos quirúrgicos menores (dilatación y legrado aspiración, punción lumbar, infiltraciones músculo-esqueléticas o la aspiración, biopsia de piel, sutura, y otra cirugía menor), atención prenatal y atención intraparto, entre otros.

Los investigadores tuvieron en cuenta doce variables para determinar el ámbito de la práctica. Entre ellas figuraban sexo, edad de los médicos y práctica rural, tiempo desde su graduación, práctica en grupo, regiones de la práctica, tipo de pago a los médicos, más acceso a camas de hospital y menos acceso a especialistas y capacitación adicional. Las correlacionaron con el ámbito de la práctica del médico familiar (Wong y Stewart, 2010). Este estudio confirma que los factores geográficos fueron los mayores predictores en el alcance de la práctica, y que el espectro de actividades que realizaban era más amplio cuando se encontraban en zona rural.

Las dos investigaciones reseñadas dan cuenta de las actividades en las que más frecuentemente se desempeñaban los médicos familiares en Canadá, entre la década de 1970 y en la primera década del año 2000. A pesar de que no describen explícitamente sus funciones ni el porcentaje de distribución entre práctica ambulatoria y hospitalaria, sí permiten deducir que existe una concordancia importante entre la percepción de haber recibido una adecuada formación, y los propósitos que se quiere que cumpla el médico familiar en el modelo canadiense para el futuro, de acuerdo con lo planteado por el Currículo Triple C.

De los estudios realizados tanto por Curry y Woodward (1985) como por Wong y Stewart (2010), se puede concluir además que el espectro de formación del médico familiar en Canadá es amplio. Esto le da la posibilidad de intervenir en diferentes aspectos de la salud de los individuos, las familias y las comunidades. Sus áreas de desempeño varían de acuerdo con diferentes condiciones; por ejemplo, los contextos geográficos, como tener una práctica rural, la disponibilidad de apoyo de otras especialidades, el equipo con que se cuente, la organización del trabajo y las condiciones de remuneración.

Esto es coherente con la existencia de programas específicos de formación para áreas rurales y la necesidad de establecer diferentes modelos de prestación de servicios, de acuerdo con las áreas geográficas y necesidades de la población y los requerimientos e incentivos que necesita el recurso humano para acogerse a estas propuestas de modelo.

En 2010 se estableció que existían 35 366 médicos familiares y 34 333 especialistas en otras áreas médicas (Canadian Institute for Health Information, 2010). En cuanto a los médicos familiares en formación, en 2011 las diecisiete universidades contaban con más de 2300 residentes por año y 150 clínicas de formación acreditadas. Este es el mayor programa de residencia posgraduada en cada una de las facultades donde está presente (Oandasan, 2013). A pesar de ser unas cifras importantes para el desarrollo de la APS, entre 1993 y 1997 se presentó un descenso en el número de mé-

dicos familiares, lo cual generó preocupación (véase sección Experiencia significativa. Cómo incentivar el interés por formarse como médico familiar, pág. 198).

Como ya se dijo en el aparatado referido al Modelo de atención y de prestación de servicios, pág. 94, la atención primaria en Canadá se ha interpretado como el primer nivel de atención. Aunque esta es su principal ubicación en el sistema, de acuerdo con Rodríguez y Pozzebon (2010), en Quebec, en el año 2000, 40 % de los médicos familiares prestaba servicios en el segundo nivel. Por su parte, Wong y Stewart (2010), aunque no discriminan sus ocupaciones o ubicaciones específicas, describen la presencia de médicos familiares en servicios de anestesia, cirugía, urgencias, cuidados paliativos y maternidad. Tampoco se describen las actividades que realizan 60 % de los médicos familiares que se dedican al primer nivel o la puerta de entrada. No se encontraron datos en términos de porcentajes de grupos poblacionales que atienden, por ejemplo, niños, jóvenes adultos mayores, maternidad, salud mental, etc.

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

En Canadá, el médico familiar desempeña un papel de liderazgo en la atención primaria en salud. Su habilidad clínica hace que sea un recurso importante en este nivel, pues se diferencia de otras especialidades al tener la visión holista del generalismo, que complementa y da mayor efectividad a la atención que prestan los especialistas. Esta habilidad clínica se puede desglosar en conocimientos y habilidades biomédicas que aportan diferentes disciplinas y especialidades, para cuidar al paciente dentro del sistema y para usar de forma adecuada los recursos con los conocimientos necesarios. Cada una de estas debe estar en el marco de un enfoque integral y preventivo en la atención que caracteriza al médico familiar como un profesional que humaniza la práctica médica.

A la capacidad de resolver problemas clínicos desde el punto de vista biomédico, que se obtiene en un gran número de rotaciones sumada a la revisión de temas desde la evidencia científica, se asocia el componente humanístico que lleva al médico familiar a estar centrado en el paciente (Martin y Kaufman, 2008). Esto se complementa con sus habilidades como buen administrador de recursos, ya que debe ser costo-efectivo en las diferentes acciones que ejecuta. Como anota McWinney (1998), el humanismo y la experticia clínica en un contexto de libertad clínica permite a los profesionales la flexibilidad necesaria para tomar decisiones difíciles, por ejemplo, sobre la cantidad de tiempo que requiere estar con un paciente, o sobre cómo asignar los recursos de la práctica entre las funciones de la prevención, la clínica y la gestión.

A pesar de este destacado papel del médico familiar en la atención primaria, Tom Baily (2007) afirma que esta especialidad va mucho más allá de la APS, lo cual indica que, aunque su principal campo de acción puede ser en el primer nivel, entendido como puerta de entrada a un sistema (una de las interpretaciones de la APS), las competencias amplias que tiene este especialista le permiten hacer aportes importantes en otros niveles de atención dentro de una concepción que contempla la integralidad y la coordinación entre niveles.

En los siguientes apartados se describirán los roles que tiene el médico familiar en la puerta de entrada, el trabajo de equipo y la proyección hacia el trabajo intersectorial y comunitario. También se explicará cuál ha sido el aporte al desarrollo de la APS desde esos roles.

Puerta de entrada

Un punto importante de la discusión acerca del rol que puede cumplir el médico familiar en la implementación de la APS se relaciona con la estrategia del gatekeeping o puerta de entrada del sistema. De acuerdo con Gass

(1997), en este escenario el médico familiar puede visualizarse como un "portero" que, como una barrera administrativa, limita la desbocada utilización de los servicios de salud de una comunidad que no sabe emplearlos adecuadamente. Otra forma de interpretarlo es como aquel que tiene el primer contacto con los pacientes, los escucha y busca resolver todas sus dudas, además de promover educación y promocionar el autocuidado. Este contacto asegura la comunicación y mejora la atención, la competencia profesional y el abordaje de las situaciones propias de la medicina familiar (Gass, 1997). Desde la segunda perspectiva, el uso adecuado de los recursos es también el resultado del cuidado integral, lo cual repercute en el mejor cuidado de la comunidad, ya que se debe buscar reinvertir los recursos en ella.

Después de la reforma de 1984, se ha fortalecido el concepto de que la atención primaria es la puerta de entrada en el sistema de salud, y se organiza de manera tradicional en torno a los médicos familiares. Hay dos razones básicas para ello. En primer lugar, a pesar de algunos esfuerzos de reforma para ampliar el equipo de atención primaria profesional, el médico familiar sigue siendo un contacto estable para los pacientes. En segundo lugar, está legalmente autorizado para prescribir una amplia gama de terapias farmacéuticas. A pesar de que la especialidad se practica cada vez más por las enfermeras y otros profesionales de la salud, los médicos familiares son los encargados de proporcionar el primer contacto en los consultorios, prestar servicios en el hogar y en el cuidado a largo plazo (crónicos), así como también en los entornos aislados y en áreas rurales (Gass, 1997).

Uno de los propósitos de la APS es tener una puerta de entrada con una amplia capacidad resolutiva. La formación que recibe el médico familiar le da la posibilidad de serlo. Sin embargo, es claro que con la amplitud del conocimiento actual es imposible saber de todo, por lo que debe recurrir a diversos mecanismos para seleccionar de una forma manejable los conocimientos y habilidades.

Tener un médico generalista, con un enfoque holista, apoyado por un equipo idóneo, mejora los servicios de salud, los organiza, y permite su utilización efectiva dentro del sistema. La educación de los pacientes, facilitada por la adecuada comunicación por parte de los médicos y del equipo de salud, es esencial en la estrategia, ya que ayuda a solucionar la gran mayoría de sus problemas con una mejor atención y calidez del servicio. Al educar al paciente disminuyen las consultas por segunda vez, así como el tiempo y energía invertidos en acceder a servicios de salud que pueden ser innecesarios. Esto tiene un impacto favorable en los costos de los servicios, no solo para el sistema, sino también para los pacientes (Gass, 1997). Esta puerta de entrada, además de ofrecer el primer contacto, cumple con otras características del cuidado propuestas por Starfield: ser longitudinal, continuo e integral (como se cita en Tannenbaum *et ál*., 2011a).

Es necesario tener en cuenta que para que esta puerta de entrada sea resolutiva, el médico familiar debe tener acceso al uso de métodos y tecnologías que le permitan ofrecer una atención integrada con las mejores soluciones para sus pacientes. Por tecnología se entiende cualquier intervención de salud, programa o servicio; por ejemplo, los dispositivos, medicamentos, instrumentos, pruebas genéticas, equipos e instalaciones, así como los procedimientos médicos y quirúrgicos, las prácticas profesionales, la rehabilitación, la medicina alternativa, los métodos de organización de los servicios y la vacunación (Rodríguez y Pozzebon, 2010). El acceso a estas tecnologías da al médico familiar el prestigio suficiente para que la comunidad recurra a él con el fin de solucionar sus problemas de salud. Si no es resolutivo, la comunidad no buscará soluciones en la puerta de entrada, sino en otro nivel.

Trabajo en equipo

En Canadá es relativamente reciente que se hable del trabajo en equipo como una fortaleza de la atención primaria. Esto inicia con la atención centrada en el paciente, estrategia que permite unir el trabajo de varios profesionales de forma sinérgica, y fomenta mecanismos de comunicación entre el equipo para generar aportes interdisciplinarios a favor de la atención del paciente (Soklaridis, Oandasan y Kimpton, 2007). Para que esto realmente sea así y mejore la eficiencia del sistema, el médico familiar debe contar con las competencias necesarias para ser resolutivo, idealmente en conjunto con un equipo de salud que lo acompaña, y en unas condiciones que le permitan serlo.

Respecto de la crisis que los nuevos modelos de organización de la prestación de servicios generaron entre los médicos, Soklaridis, Oandasan y Kimpton (2007) describen que la medicina centrada en el paciente se apoya más en un concepto interprofesional que requiere tiempos y financiación apropiados. Para la primera década del siglo XXI, las funciones de los profesionales y las responsabilidades de la atención primaria eran ambiguas. Si los actos médicos se incorporan en el ámbito aceptado de otras disciplinas, los límites de la práctica médica pueden cambiar y puede ser más fácil delegar ciertos actos médicos sin comprometer la relación médico-paciente (Soklaridis *et ál*., 2007).

Un reto de la colaboración interprofesional es definir claramente los roles de los proveedores y las expectativas de la atención compartida. Cuando esto no sucede, se genera confusión y malestar en la atención del paciente. En estudios sobre el proceso de consolidación de Grupos de Salud de la Familia, se encontró que conformar un equipo de atención primaria es un proceso difícil, pues va más allá de las definiciones normativas de los equipos o de su manual de funciones. Para cumplir con las expectativas de mejora de la calidad mediante un equipo de atención, los profesionales de la salud necesitan tiempo compartido, contextos, y espacio para comu-

nicarse, para superar los conflictos interpersonales e interprofesionales, y dar sentido y definir quiénes son (Rodríguez y Pozzebon, 2010; Soklaridis *et ál*., 2007).

A pesar de algunos inconvenientes, en Canadá se ha empezado a observar que el trabajo en equipo es una de las estrategias principales de los médicos familiares para lograr los objetivos en la prevención y promoción de la atención en salud (Rodríguez y Pozzebon, 2010). De acuerdo con Wong y Stewart (2010), cerca del 61 % de ellos labora en campos como redes familiares de salud, equipos de salud familiar y centros comunitarios, lo que hace que adquieran y desarrollen habilidades en los servicios preventivos, contrario a los médicos familiares que ejercen la profesión en solitario.

Si bien es evidente que los médicos familiares están interesados en aprender cómo integrar su conocimiento y habilidades, además de entender el funcionamiento interno de un equipo, es claro que la definición y compresión del papel de cada profesional de salud en la atención de los pacientes tiene que ser enseñado (Soklaridis *et ál*., 2007). De allí la importancia de la iniciativa liderada por las universidades a favor de la educación interprofesional.

En algunas instituciones se ha implementado el aprendizaje interprofesional, al propiciar escenarios donde el personal médico y no médico colabora con el fin de que los estudiantes se acostumbren a aprender de otras disciplinas y comiencen a construir una nueva mentalidad en la medicina. Este proceso también ha sido apoyado por el proyecto Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice, una iniciativa de la estrategia Pan-Canadian Health Human Resource Strategy, que busca facilitar la formación interprofesional en todos los sectores de atención de salud. Sin embargo, el proceso se desarrolla con lentitud y las universidades deben reevaluar también las relaciones y aportes recíprocos con otros profesionales de la salud (Soklaridis *et ál*., 2007).

De acuerdo con Soklaridis y colegas (2007), existe la necesidad de construir un consenso entre los líderes educativos para reglamentar el de-

sarrollo de la educación interprofesional y formar a los profesionales de salud en la práctica de atención primaria. Aunque se ha tratado de incluir la educación interprofesional en las residencias, ha sido necesario comenzar por capacitar a los integrantes del equipo de salud en estos aspectos. Además, no existe consenso sobre el rol de los equipos de salud familiar en el futuro académico. Esta situación se mantiene por la confusión que existe entre las definiciones de interprofesional, interdisciplinario y multiprofesional. Para estos autores, la educación en Canadá en la década del 2000 es más multiprofesional, y las contribuciones de cada disciplina se consideran de manera aislada (Soklaridis *et ál*., 2007).

Los esfuerzos para encontrar la mejor manera de implementar los equipos de atención primaria en Canadá se relacionan con la intención de lograr otras características propuestas por Barbara Starfield para la APS, como, la coordinación del cuidado, y que este sea centrado en el cuidado de la familia y la persona (como se cita en Tannenbaum *et ál*., 2011a).

Proyección hacia el trabajo comunitario e intersectorial

La orientación a la comunidad es una de las características que debe tener un sistema de salud basado en la atención primaria. En teoría, esto permite a los profesionales reconocer y abordar determinantes sociales y ambientales, conocer a la comunidad y establecer alianzas entre el sistema de salud y la comunidad para lograr mejores resultados en salud (Geneau *et ál*., 2008; Hogg *et ál*., 2008; Muldoon *et ál*., 2010; Russell *et ál*., 2010).

El modelo de atención integral canadiense reconoce a los médicos familiares como los principales proveedores de atención médica. Para ello, deben tener y perfeccionar habilidades que les ayuden actuar como líderes en el sistema, y tener la capacidad de abordar diversos factores determinantes en la salud. Para Haggerty y colegas (2007), los programas de Medicina Familiar deben diseñar e implementar las estrategias pedagógicas

necesarias para que, durante el periodo de formación (residencia), los futuros egresados reciban el apoyo necesario. Así, además de competencias clínicas, los médicos familiares deben desarrollar y fortalecer competencias a nivel social y comunitario como las siguientes:

- Liderar asociaciones comunitarias y participar en ellas para identificar las disparidades de salud en las poblaciones locales, y así priorizar y abordar estos problemas.
- Asegurarse de que cada sistema sanitario de atención primaria se refiera explícitamente a los problemas locales de salud pública relacionados con determinantes no médicos de la salud (por ejemplo, el estilo de vida) y, cuando sea posible, con las disparidades en la atención secundaria y terciaria.
- Desarrollar y apoyar programas interconectados para abordar barreras sociales y económicas de la adherencia al tratamiento común de las enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes, artritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad mental), y la autogestión fuera de la práctica, siendo estos entendidos como determinantes de la salud y el éxito de los tratamientos médicos.
- Desarrollar y apoyar programas que abordan las barreras de acceso y el cumplimiento de cuidado de la salud de las poblaciones que tienen dificultades para tener servicios que requieren.
- Desarrollar las habilidades y competencias adecuadas para reducir las brechas de las inequidades de salud en colaboración con otros organismos.
- Estimular y participar en los acuerdos intersectoriales y programas en cada sistema de atención primaria de salud para atender las necesidades de cada uno de los grupos desfavorecidos (por ejemplo, personas sin hogar, inmigrantes, toxi-

cómanos, adolescentes con problemas legales y educativos), de acuerdo con el contexto local y sus prioridades.

- Participar y colaborar en las asociaciones comunitarias, así como identificar y solucionar problemas de integración vertical en relación con el entorno social de la comunidad (por ejemplo, la violencia, la falta de cuidado de día) y el medioambiente físico (por ejemplo, la seguridad personal, la vivienda y los determinantes sociales no médicos) (Martin y Kaufman, 2008).

Haggerty y colegas (2007) mencionan otras competencias del médico familiar en el área comunitaria que incluyen: accesibilidad, calidad de la atención, comunicación interpersonal, orientación hacia la comunidad, integralidad, trabajo en equipo y capacidad de respuesta. La atención primaria orientada a la comunidad promueve que el contexto del individuo es un determinante en su salud. Además, tipifica las comunidades y actúa utilizando principios de epidemiología, medicina preventiva y atención primaria, como la promoción y la prevención (Muldoon *et ál*., 2010; Russell *et ál*., 2010). Sin embargo, es complejo lograr, en la práctica, una aproximación basada en la comunidad, cuya filiación puede ser geográfica, cultural, étnica, social o idiomática.

Con el propósito de evaluar cuáles tipos de organización de servicios tienen una mejor orientación comunitaria, en 2006 se realizó un estudio con una muestra de más de 200 centros. Se evaluaron cuatro modelos de atención primaria de salud: los grupos de medicina familiar, los Centros de Salud Comunitarios (CHC), las Redes de Salud Familiar y las Organizaciones de Servicios de Salud. En conjunto, estos modelos proporcionan servicios a aproximadamente 95 % de la población de Ontario. Todos los grupos consideraron que estaban fuertemente proyectados a la comunidad, pero solo los CHC fueron bien evaluados en ese aspecto, con diferencias significativas respecto a otros grupos, principalmente porque eran más propensos a reportar que eran capa-

ces de adaptar sus servicios a las necesidades de la comunidad (Geneau *et ál*., 2008; Muldoon *et ál*., 2010; Russell *et ál*., 2010).

Los CHC son entidades sin fines de lucro dirigidas por la comunidad. Son patrocinados y administrados por juntas comunitarias conformadas por miembros de la comunidad, y financiados por el Ministerio de Salud de Ontario. Su mandato es prestar servicios en atención primaria a comunidades geográficas o sociales (Muldoon, 2008). Se caracterizan por usar equipos interdisciplinarios.

Russel y colegas (2010) concluyeron que en los CHC hay mayor integralidad en la atención, debido a la presencia de mayor número de médicos familiares en este tipo de organización. Estos resultados son consistentes con otras evaluaciones que se han hecho de los Centros. Una característica de los CHC es que los trabajadores y profesionales de la salud tienen actividades dirigidas a la práctica comunitaria, lo cual disminuye tiempos para la atención de pacientes. Sin embargo, se reconoce que estas actividades comunitarias son necesarias para una orientación centrada en la comunidad, y por lo tanto son igualmente remuneradas. Los investigadores resaltan que los médicos en este esquema fueron consistentes al expresar la necesidad de apoyo por parte de un equipo interdisciplinario. Sugieren que se requieren estudios sobre los fondos asignados a la orientación comunitaria, la dotación personal, la gestión de la comunidad y la responsabilidad del cuidado explícito de una comunidad social o geográfica.

En resumen, se puede decir que en Canadá hay una decisión clara de implementar la APS, y se ha considerado que el médico familiar puede desempeñar un papel preponderante en este proceso. Desde 1984 se han desarrollado reformas para renovar la APS, y se ha buscado fortalecer el trabajo en equipo y el trabajo comunitario. Estos cambios han planteado a los médicos familiares nuevos retos que surgen del cambio en la forma de prestar los servicios. Acostumbrados a un trabajo individual, ahora se ven abocados a ser miembros de equipos como los Centros de Salud Comunitarios, las Redes de Salud Familiar, las Organizaciones de Salud Familiar y los Equipos de Salud

Familiar, y a recibir una remuneración diferente a la del pago por servicio. Estas transformaciones también han generado reflexiones y acciones que incentivan a los médicos a elegir la medicina familiar como opción. Adicionalmente, se tiene el reto de asumir la orientación comunitaria que promueve el concepto de APS de la OMS y el esquema de los Centros de Salud Comunitarios, el que mejor cumple el espectro de evaluación para cumplir este objetivo.

Cómo incentivar el interés por formarse como médico familiar

Teniendo en cuenta que el médico familiar es el principal actor de la atención primaria en Norteamérica y Europa, se esperaría que esta especialidad fuera valorada y tuviera una gran acogida en estas regiones. Sin embargo, existen diferencias importantes entre países en cuanto al interés por esta especialidad. Por ejemplo, Whitcomb y Desgroseilliers (1992) compararon el interés de médicos canadienses y estadounidenses. Según los resultados obtenidos, a pesar de la disminución de la promoción de la medicina familiar en Canadá en la década de 1980, un gran porcentaje de los graduados de las escuelas de medicina siguieron eligiendo los programas médicos de atención primaria, a diferencia de lo que ocurrió en Estados Unidos, país en el que dicho interés disminuyó de forma importante.

Esta diferencia puede explicarse por la mejor visión y comprensión del enfoque de la medicina de atención primaria que tenían los médicos canadienses, lo que aumenta el interés para elegirla como opción de especialidad. En dicho país, la comunidad académica apoya el esfuerzo por definir a los médicos familiares como los proveedores por excelencia de la atención primaria, y cada una de las escuelas de medicina cuenta con un departamento de medicina familiar y con importantes programas de residencia. Otra posible explicación radica en factores económicos. Por ejemplo, en Estados Unidos el préstamo para realizar los estudios es mayor; en Canadá, la diferencia salarial entre los médicos familiares es menor; y por último, el tiempo de formación en este país también es más corto: dos años en comparación con los tres requeridos en Estados Unidos (Whitcomb y Desgroseilliers, 1992).

Esta situación contrasta con el escenario que se vivió en Canadá unas décadas más adelante. En la última década de siglo XX y la primera del XXI existió un periodo crítico en el interés de los médicos canadienses por la especialidad. Desde 1978, año en que estaban registrados 17.897 médicos familiares, el aumento fue progresivo, hasta 1993, cuando el total se estimaba en 29.302. Entre 1993 y el año 2001 el número de médicos familiares se estancó (Canadian Institute for Health Information, 2010). Esta situación dio origen a diversos estudios que buscaron identificar las ca-

racterísticas de quienes ingresaban a la especialidad, por un lado, y las posibles razones de la crisis, por el otro.

Perfil de los interesados en la especialidad

Estudios realizados con estudiantes de pregrado de diferentes universidades de Canadá evaluaron las características de quienes escogen esta especialidad y su interés de ingresar a ella. Vanasse, Orzanco, Courteau y Scott (2011) usaron datos de la Encuesta Nacional de Médicos de Canadá de 2007, y examinaron la asociación entre las características personales de los estudiantes de pregrado, los antecedentes de práctica y su intención de ingresar a la especialidad. En esta encuesta participaron 1109 estudiantes de clínicas y 829 de básicas. Los resultados indican que uno de cada tres estudiantes (30,2 % de básicas y 31,4 % de clínicas) esperaba ingresar a dicho programa. Esta tasa es consistente con las reportadas por el Servicio Canadiense de Residencia del 2007, 2008 y 2009, cuando esta fue la primera opción para el 28,9 % en 2007, 31,0 % en 2008 y 31,0 %, en 2009. Esta proporción es ligeramente superior a otras tasas reportadas en las escuelas de medicina canadienses entre 2002 y 2005. La meta en la proporción de médicos familiares que se quieren formar es de 45 % de médicos familiares, y en algunos estados como Quebec es de 50 %. Estos estudiantes presentaron las siguientes características: sexo femenino, edad mayor, casada o en unión libre, originaria de Canadá y con antecedentes de haber realizado prácticas en áreas rurales.

Los estudiantes interesados en el área de investigación fueron atraídos por especialidades con alto potencial de ingresos, mientras que los no interesados consideraron programas de residencia corta, como la medicina familiar, para comenzar a pagar obligaciones financieras. Por lo tanto, en los estudiantes de medicina canadienses, el interés por la investigación parece estar inversamente relacionado con la elección de la medicina familiar. Se podría considerar que la selección depende del enfoque de cada programa y la locación geográfica respecto a necesidades personales, pero se ve una mayor influencia respecto al conocimiento y trayectoria de las escuelas de medicina familiar y de las habilidades que se deben adquirir respecto a los requerimientos de la sociedad y del sistema de salud (Vanasse *et ál*., 2011). También se pudo observar que el interés en ingresar a la especialidad de medicina familiar empieza desde el pregrado, en las áreas de básicas, lo cual está asociado a las características descritas anteriormente.

Los predictores de interés en la medicina familiar fueron similares para estudiantes preclínicos y clínicos, aunque estos últimos también fueron influencia-

dos por el deseo de participar en la enseñanza o las actividades administrativas. El predictor más importante para ambos sexos fue la deuda relacionada con los estudios médicos asociada al corto tiempo de duración de la residencia. Este factor aumentó nueve veces más la probabilidad de que se escogiera medicina familiar sobre las otras opciones. Esta selección se ve influenciada por el deseo de estar involucrados en la salud pública y la posibilidad de un horario flexible de trabajo, o la intención de ejercer en una zona rural o en una población pequeña (Vanasse *et ál*., 2011). Menos de un tercio de los estudiantes de medicina escogieron la especialidad de Medicina Familiar como opción, debido a la deuda y los intereses.

Por su parte, Wright y colegas (2004) realizaron un estudio con los estudiantes que ingresaron a los programas de la Escuela de Medicina en la Universidad de Calgary (2001 y 2002), la Universidad de British Columbia (2001 y 2002) y la Universidad de Alberta (2002). Se pidió a los participantes que indicaran sus tres opciones de especialidad, y se les entregó un cuestionario de seis páginas en el que en las primeras dos semanas del inicio de la escuela de medicina debían considerar ocho opciones de especialidad, incluidas medicina de emergencia, medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría y cirugía, entre otras. Luego se les solicitó calificar sus tres primeras opciones de carrera a partir de ese día.

El 89 % de los estudiantes completaron el cuestionario; solo 20 % de los encuestados identificaron la medicina familiar como su opción de especialidad en primer lugar, y aproximadamente la mitad de los estudiantes la consideró entre sus tres opciones. El análisis factorial produjo cinco factores importantes en la elección de medicina familiar como opción de especialidad:

1. Estilo de vida médico: se relaciona con los horarios aceptables de turnos, horas de práctica, flexibilidades médicas y no médicas, y de mantener opciones abiertas.
2. Orientación social: involucra la atención a los pacientes en la comunidad, a largo plazo, relación con los pacientes, el compromiso social y la promoción de la salud.
3. Prestigio en cuanto a ingresos suficientes para eliminar las deudas, el alto potencial de ingresos y el estatus de los colegas.
4. Orientación referida a si la atención se centra en el hospital o en urgencias, así como las intervenciones.
5. Alcance de la práctica relacionada con la gran variedad de problemas de los pacientes.

De acuerdo con los resultados obtenidos por Jordan, Brown y Russell (2001),

los factores principales para seleccionar esta especialidad incluyen el amplio espectro de práctica que puede tener el médico familiar, así como la independencia y la libertad para ejercer su práctica profesional. Consideran que la exposición temprana a modelos de medicina familiar les permite tener contactos con la especialidad, y facilita que se pueda escoger esta opción.

Posibles explicaciones de la crisis

Bethune y colegas (2010) describen la preocupación del Memorial University of Newfoundland ante la disminución en el interés por esta especialidad en la década de 1990 y, en particular, por el hecho de que el hospital pasó de ser acreditado y reconocido para la formación rural, a estar en el penúltimo lugar en ingresos respecto a esta residencia. Los investigadores hicieron el seguimiento entre 1999 y el 2006, y encontraron que el interés por la especialidad disminuía a medida que se avanzaba en la carrera. La principal explicación se centraba en la existencia de un currículo oculto que generaba impresiones desfavorables en torno a la medicina familiar, las cuales desprestigiaban a la especialidad (Bethune *et ál*., 2007).

De acuerdo con lo dicho por Sulivan (2003) en un artículo sobre la crisis de la medicina familiar, en el año 2003, el 29% de las plazas ofrecidas para estos posgrados no se ocuparon, y en algunas universidades se llegó a tener un 50% de plazas libres.

Lo anterior fue corroborado por un estudio realizado con médicos familiares de Canadá, Francia y Bélgica, que expresaron sentirse infravalorados por los pacientes y por otros especialistas. Incluso los médicos familiares canadienses afirman sentirse discriminados por médicos familiares formados en Europa. De hecho, durante sus rotaciones por las especialidades, describen situaciones en las que han sido tratados despectivamente y catalogados como demasiado inteligentes para ejercer la medicina familiar (Beaulieu *et ál*., 2009).

Esta situación da cuenta de una brecha en la valoración social entre especialidades dirigidas hacia la atención primaria y la medicina especializada que se ejerce en otros niveles de atención. Esta brecha se convierte en una causa importante de preocupación, pues se ha demostrado que la disminución en especialistas de APS pone en peligro la continuidad de la atención del paciente y, lo más importante, ese primer contacto; y, por extensión, la seguridad del paciente y la calidad del cuidado.

De estos y otros estudios se concluyó la necesidad de establecer y mantener acciones dirigidas a motivar la escogencia de la medicina familiar. Una de las más difundidas fue la de crear los grupos de interés en medicina familiar.

Los Grupos de Interés de Medicina Familiar (FMIG)

El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Toronto formó en 2003 un grupo de trabajo para desarrollar estrategias que aumentaran el interés de los estudiantes de pregrado en la medicina familiar como opción de especialidad. A partir de esa iniciativa se crearon los primeros grupos de interés como una iniciativa estudiantil. Su trabajo se basa en dos áreas principales: por un lado, proporcionan a los estudiantes de medicina información sobre la especialidad mediante presentaciones, boletines periódicos y conferencias de habilidades clínicas con sesiones dirigidas exclusivamente por médicos familiares; y por el otro, coordinan un programa de mentores entre médicos familiares y estudiantes de medicina.

El principal objetivo de los FMIG ha sido generar diferentes efectos en los estudiantes en función de su nivel de motivación en la especialidad. Quienes están interesados reciben apoyo para mantener y fortalecer dicho interés. Quienes están indecisos reciben influencias positivas con sus pares e información sobre la especialidad, con el fin de generar un interés continuo y disipar los mitos negativos (Kerr *et ál*., 2008). En este último aspecto, específicamente neutralizan múltiples comentarios negativos por parte de otros especialistas. Lo que se logra primordialmente es que este grupo no se desmotive. Por otra parte, los FMIG proporcionan información útil acerca de la disciplina a los estudiantes que no están interesados.

En 2007, existían FMIG activos en las diecisiete universidades que cuentan con el programa de Medicina Familiar. Sin embargo, existían pocas investigaciones para evaluar su eficacia en la promoción de la especialidad o sus efectos en los estudiantes de medicina (Kerr *et ál*., 2008). En respuesta a esta situación, se realizó un estudio cualitativo con la metodología de grupos focales con los estudiantes de pregrado en la Universidad de Toronto. Los participantes demostraron una serie de conocimientos acerca de los FMIG, y además estuvieron de acuerdo en que estos promueven la medicina familiar como una carrera entre los estudiantes de la escuela de medicina. Muchos de ellos también mencionaron que dichos grupos buscaban aumentar la conciencia sobre la medicina familiar como una especialidad, la educación con sus diversas oportunidades y la flexibilidad. Otros apreciaban los esfuerzos de los FMIG para aumentar la exposición directa a diferentes programas y para proporcionar una mayor comprensión acerca de lo que esta especialidad tiene que ofrecer, mientras que otros estudiantes comentaron que los grupos también trataron de disipar

los mitos acerca de cómo se percibe a menudo este programa académico (Kerr *et ál*., 2008).

Los estudiantes de pregrado de la Universidad de Toronto son conscientes de la existencia de los FMIG, y han tenido experiencias positivas con sus diversas actividades; tanto así, que conocían dos de sus principales objetivos: aumentar la promoción de la medicina familiar en la escuela de medicina de pregrado y posgrado, y promover la formación y la práctica de la especialidad. El efecto de las actividades de los grupos de interés parece depender, por lo general, del interés que tiene el estudiante de pregrado por la especialidad. Los estudiantes también tenían muchas sugerencias útiles sobre la dirección futura de los FMIG (Kerr *et ál*., 2008). Estas recomendaciones se dividen en tres categorías:

- Apoyarse en la literatura como una estrategia de reclutamiento posiblemente eficaz.
- Realizar un modelo de conducta positiva luchando contra las actitudes negativas acerca de medicina familiar.
- Maximizar la promoción la medicina familiar (Kerr *et ál*., 2008).

McKee, McKague, Ramsden y Poole (2007) describen un proceso similar en el Department of Academic Family Medicine de la Universidad de Saskatchewan. Los dos estudios concluyen que los grupos de interés tienen alguna influencia positiva en la decisión de optar por el posgrado de medicina familiar, y que es importante el contacto con médicos familiares que sirvan como modelo. Sin embargo, es difícil precisar el impacto que han tenido en el incremento del interés que se presentó en la especialidad, ya que existen otras acciones que se establecieron de forma concomitante a través de cuatro proyectos apoyados por Health Canada (véase sección Hitos, pág. 102). Según las cifras, en 2001 se contaba con 29 627 médicos familiares registrados, y ese aumento ha sido progresivo hasta 2010, con un estimado de 35 366 (Canadian Institute for Health Information, 2010).

Los procesos de apoyo a los FMIG que se hacen en las diferentes universidades se pueden revisar en la página del Colegio de Médicos Familiares de Canadá. Allí se pueden encontrar estudios acerca del tema, reportes de actividades actualizadas hasta el 2011, así como herramientas y apoyos para el desarrollo de estos grupos.

Síntesis y conclusiones

Canadá tiene un sistema nacional de salud sin fines de lucro. Los dos niveles de gobierno, el federal y el provincial (o territorial), se reproducen en su administración. El Estado es responsable de la mayor parte de la financiación y de la administración del sistema; además, regula la prestación de servicios, que en su mayoría es privada. Este esquema ha facilitado el desarrollo de las reformas que, a partir de 1984, han estado dirigidas a implementar la APS. El plan decenal de ministros de 2004 ratificó esa decisión.

El modelo de prestación de servicios se basa en un primer nivel fuerte. Tradicionalmente, el médico familiar ha sido la puerta de entrada, y atiende pacientes y grupos familiares que deriva a especialistas cuando lo considera necesario.

Con las reformas enfocadas en la atención primaria se ha buscado que los médicos familiares trabajen en equipo, lo que ha generado diferentes modelos de organización que les exigen desarrollar nuevas competencias. Estos modelos están en evaluación. La forma de pago también se ha modificado con las reformas de salud. Tradicionalmente ha sido por prestación de servicio, pero se han ido implementado otras formas que privilegian acciones preventivas. Estas incluyen pago mixto por servicios, capitación mixta y un modelo remunerado por servicios a poblaciones.

Las principales formas de organización para la prestación de servicios son: los Centros de Salud Comunitario, los Grupos de Salud de la Familia, las Redes de Salud de la Familia, las Organizaciones de Salud Familiar y los Equipos de Salud Familiar, que se componen de varios tipos de profesionales. Se requiere una investigación específica acerca de las formas de organización y las formas de pago para aclarar en qué consisten, y acerca de las ventajas y desventajas que pueden tener.

Con una tradición que inicia en la década de 1960, se tiende a reconocer el aporte que hace el médico familiar al desarrollo de la atención pri-

maria en salud. En 2011 contaba con diecisiete facultades con programas nacionales de medicina familiar que formaban 2300 residentes por año en 150 centros acreditados para su formación.

El Colegio de Médicos Familiares de Canadá (CFPC) es una agremiación fuerte, con más de 30 000 afiliados, que ha desempeñado un papel preponderante en el posicionamiento de la especialidad. Esto lo ha realizado al promover la investigación, las publicaciones y los proyectos. Desde 1985, el CFPC ha establecido los lineamientos curriculares, inicialmente mediante los cuatro principios de la medicina familiar y, desde el 2011, con el Currículo Triple C. Este ha sido un proceso planificado y estructurado con una búsqueda de resultados a mediano y corto plazo que inició en 2011, y que está en proceso de implementación.

A pesar de que existe la tradición del médico familiar, se evidencia una subvaloración social, incluso entre los mismos médicos, que da origen a diversos comentarios negativos en elpregrado. Esto ha obligado a establecer estrategias dirigidas a neutralizar el currículo oculto. La más consistente ha sido la de los Grupos de Interés en Medicina Familiar. Se ha tratado de fortalecer el rol del médico familiar como el orientador del sistema de salud, usando las recomendaciones que Barbara Starfield propone para la atención primaria en salud: el cuidado debe ofrecerse desde el primer contacto, ser integral, coordinado, longitudinal y continuo; además, debe centrarse en la familia y estar orientado hacia la comunidad. Estas características recomendadas por Bárbara Starfield explican los aportes que hace el médico familiar al desarrollo de la APS en el país.

En Canadá se promueve que el médico familiar esté en la puerta de entrada del sistema, lo cual es coherente con el concepto de la OMS, según el cual la APS debe tener un sistema con una puerta de entrada amplia y resolutiva. También existe conciencia del esfuerzo que se debe hacer en educación continuada con el equipo de salud, particularmente con los médicos, para mantener la calidad del servicio.

Dadas las modificaciones en el sistema de salud, el médico familiar se está adaptando a las diferentes organizaciones para cumplir este rol en equipo. Se requiere estudiar las motivaciones que se tienen para cumplir este rol a cabalidad, teniendo en cuenta que hay un porcentaje importante de médicos familiares (40 %) que prefiere otros roles.

Es importante resaltar la coherencia conceptual que existe en el país en cuanto al modelo de atención, las formas de organización de servicios que están desarrollando para cumplir con el modelo de atención, y la formación del recurso humano médico familiar para implementarlo a cabalidad. Gracias a esta coherencia, se han desarrollado proyectos que han permitido avanzar en la consolidación de un modelo de APS. Sin embargo, la proyección comunitaria y el trabajo intersectorial que integra la clínica a conceptos que promueve la OMS constituyen un reto, (en Canadá y en todo el mundo) en cuanto a la organización de los servicios y su articulación con los determinantes.

Aunque conceptualmente es muy claro el rol actual y futuro del médico familiar en el desarrollo de la APS, los aportes específicos del médico familiar dependen de la organización de los servicios a los que esté vinculado. Es posible que se requiera establecer indicadores específicos para cada uno de estos modelos de organización, con el fin de exponer, con mayor claridad, la magnitud de estos aportes y la variación de acuerdo con los contextos en que se desempeña este profesional.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ca.html

Bailey, T. (2007). Supporting primary care: Tool kit for the future. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 53(2), p. 370.

Beaulieu, M. D., Dory, V., Pestiaux, D., Pouchain, D., Rioux, M., Rocher, G. y Boucher, L. (2009). What does it mean to be a family physician? Exploratory study with family medicine residents from 3 countries. C*anadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 55(8), pp. e14-20.

Bethune, C., Hansen, P. A., Deacon, D., Hurley, K., Kirby, A. y Godwin, M. (2007). Family medicine as a career option: How students' attitudes changed during medical school. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien,* 53(5), pp. 881-885.

Bourgon, J. (2009). Program review: The government of Canada's experience eliminating the deficit, 1994-1999 - A Canadian case study. Recuperado de http://www.cigionline.org/publications/2009/9/prorgram-review-government-canadas-experience-eliminating-deficit-1994-99-canadi

Canadian Institute for Health Information. (2010). *Supply, distribution and migration of canadian physicians, 2010*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/icis-cihi/H115-23-2010-eng.pdf. Recuperado de www.cihi.ca

____. (2011). Four principles of Family Medicine. Recuperado de http://www.cfpc.ca/principles/

____. (2014a). About CFPC | the College of Family Physicians of Canada. Recuperado de http://www.cfpc.ca/AboutUs/

_____. (2014b). College History. Recuperado de http://www.cfpc.ca/CollegeHistory/

_____. (2014c). Family Medicine interest groups (FMIGS). Recuperado de http://www.cfpc.ca/FMIGs.aspx

_____. (2014d). REF | about CFPC | the College of Family Physicians of Canada. Recuperado de http://www.cfpc.ca/REF/

Curry, L. y Woodward, C. (1985). A survey of postgraduate training for family practice. *Canadian Medical Association Journal, 132*(4), pp. 345-349.

Commonwealth Fund. (2012). International profiles of health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Japan, Iceland, Italy, The Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States - The Commonwealth Fund. Recuperado de http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2012/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems-2012.aspx

Family & Comunity Medicine University of Toronto. (2014). Family medicine in Canada. Recuperado de http://www.dfcm.utoronto.ca/about/Family_Medicine_in_Canada.htm

Flook, N. (1995). Doctors, nurses, and primary care. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien, 41,* 8. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/14679547_Doctors_nurses_and_primary_care

Fooks, C. (2004). *Implementing primary care reform in Canada: Barriers and facilitators*. Recuperado de http://www.cprn.org/documents/30882_en.pdf

Gass, D. A. (1997). Gatekeeping in primary-health care. challenging a sacred myth. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien,* 43, pp. 1334-5, 1338.

Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. y Lamarche, P. (2008). Understanding the work of general practitioners: A social science perspective on the con-

text of medical decision making in primary care. *BMC Family Practice,* 9, 12-2296. doi: 10.1186/1471-2296-9-12; 10.1186/1471-2296-9-12

Health Canada. (2012). Canada's health care system. Recuperado de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php

Hogg, W., Lemelin, J., Graham, I. D., Grimshaw, J., Martin, C., Moore, L. y O'Rourke, K. (2008). Improving prevention in primary care: Evaluating the effectiveness of outreach facilitation. *Family Practice,* 25(1), pp. 40-48. doi: 10.1093/fampra/cmm070; 10.1093/fampra/cmm070

Kerr, J. R., Seaton, M. B., Zimcik, H., McCabe, J. y Feldman, K. (2008). The impact of interest: How do family medicine interest groups influence medical students? *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien,* 54(1), pp. 78-79.

Marchildon, G. P. (2005). Health systems in transition: Canada. Copenhagen, WHO regional office for Europe on behalf of the european observatory on health systems and policies. Canada HiT covers - E87954.pdf. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/80568/E87954.pdf

____. (2013). Canada: Health system review. Health systems in transition. *The European Observatory on Health Systems and Policies, 15(1),* pp. 1-179. Recuperado dehttp://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/canada-hit-2013

Martin, C. M. y Kaufman, T. (2008). Addressing health inequities: A case for implementing primary health care. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien,* 54(11), pp. 1515-1517.

McKee, N. D., McKague, M. A., Ramsden, V. R. y Poole, R. E. (2007). Cultivating interest in family medicine: Family medicine interest group reaches undergraduate medical students. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien,* 53(4), pp. 661-665. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1952595/

McWhinney. (1998). Primary care: Core values core values in a changing world. *BMJ*, 316(7147), pp. 1807-09. doi:10.1136/bmj.316.7147.1807

Muldoon, L., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Russell, G. y Shortt, M. (2010). Community orientation in primary care practices: Results from the comparison of models of primary health care in Ontario study. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien,* 56(7), pp. 676-683.

Oandasan, I. (2013). *On behalf of the triple C competency based curriculum task force. A national program evaluation approach to study the impact of triple C. En: Oandasan I, saucier D, eds. triple C competency-based curriculum report – part 2: Advancing implementation*. Recuperado de www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/ TripleC_Report_ pt2.pdf: College of Family Physicians of Canada.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Perfil del sistema de servicios de salud. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Canada_2000.pdf

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) y CFPC. (2006). *Conjoint discussion paper. FAMILY PHYSICIANS AND OTHER SPECIALISTS: WORKING AND LEARNING TOGETHER*. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/conjoint_discussion_paper_e.pdf. Health Canada. Recuperado de http://www.royalcollege.ca

Rodriguez, C. y Pozzebon, M. (2010). The implementation evaluation of primary care groups of practice: A focus on organizational identity. *BMC Family Practice, 11*, 15-2296. doi: 10.1186/1471-2296-11-15; 10.1186/1471-2296-11-15

Rosser, W. W. y Kasperski, J. (1999). Organizing primary care for an integrated system. *HealthcarePapers, 1*(1), pp. 5-21.

Russell, G., Dahrouge, S., Tuna, M., Hogg, W., Geneau, R. y Gebremichael, G. (2010). Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Family Practice*, 27(5), pp. 535-541. doi: 10.1093/fampra/cmq037; 10.1093/fampra/cmq037

Soklaridis, S., Oandasan, I. y Kimpton, S. (2007). Family health teams: Can health professionals learn to work together? *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien,* 53(7), pp. 1198-1199.

Solórzano, F. X. (1997). El sistema de salud del Canadá y su financiamiento. *Rev Panam Salud Pública,* 1(3), pp. 180-185. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n3/0431.pdf

Sullivan, P. (2003). Family medicine crisis? Field attracts smallest-ever share of residency applicants. CMAJ: Canadian Medical Association journal = *journal de l'Association medicale canadienne,* 168(7), pp. 881-2.

Tannenbaum, D., Konkin, J., Kerr, J. J., Organek, A., Parsons, E., Saucier, D. y Walsh, A. (2011a). *Triple C competency-based curriculum. Report of the working group on postgraduate curriculum review – part 1*. Recuperado de http://www.cfpc.ca/uploadedfiles/education/_pdfs/wgcr_triplec_report_english_final_18mar11.pdf

____. (2011b). *The scope of training for family medicine residency: Report of the working group on postgraduate curriculum review*. Recuperado de www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf.

Vanasse, A., Orzanco, M. G., Courteau, J. y Scott, S. (2011). Attractiveness of family medicine for medical students: Influence of research and debt. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 57(6), pp. e216-27.

Whitcomb, M. E. y Desgroseilliers, J. P. (1992). Primary care medicine in Canada. *New England Journal of Medicine, 326*(22), pp. 1469-1472. doi: 10.1056/NEJM199205283262205

Wong, E. y Stewart, M. (2010). Predicting the scope of practice of family physicians. *Research, Web Exclusive Research*. Recuperado de http://www.cfp.ca/content/56/6/e219.full.pdf

Wright, B., Scott, I., Woloschuk, W. y Brenneis, F. (2004). Career choice of new medical students at three canadian universities: Family medicine versus specialty medicine. *Canadian Medical Association Journal*. 170(13), 1924. doi:10.1503/ cmaj.1031111

Lista de tablas

Tabla 2.1. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información para el análisis de las experiencias de Canadá, España, Cuba y México 79
Tabla 2.2. Indicadores demográficos y de salud de Canadá (2009-2015) 84
Tabla 2.3. Programas de Medicina Familiar en Canadá (2014) 112

Lista de siglas

CanMEDS: Canadian Medical Education Directions for Specialists
CanMEDS-MF: CanMEDS de Medicina Familiar
CanMEDS-FMU5: CanMEDS-Medicina Familiar de Pregrado
CHC: Centros de Salud Comunitarios (Community Health Centre)
CFPC: Colegio de Médicos Familiares de Canadá (College of Family Physicians of Canada)
FHG: Grupos de Salud de la Familia (Family Health Groups)
FHN: Redes de Salud de la Familia (Family Health Networks)
FHO: Organizaciones de Salud Familiar (Family Health Organizations)
FHT: Equipos de Salud Familiar (Family Health Teams)
FMIG: Grupos de Interés en Medicina Familiar (Family Medicine Interest Group)
NFPWS: National Family Physician Workforce Survey
RCPSC: Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)
RHA: Autoridades Regionales de Salud (Regional Health Authorities)
WGCR: Grupo de Trabajo sobre la Revisión Curricular de Posgrado (Working Group on Postgraduate Curriculum Review)

España

Mauricio
Alberto
Rodríguez
Escobar

Álvaro
Fernando
Burbano
Delgado

Johanna
Andrea
Carrillo
Cruz

Yaine
Maely
Choles
Barros

Johnatan
Meza De
Los Ríos

Andrea
Viviana
Velándia
Guerra

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

España es un estado social y democrático de derecho, miembro de la Unión Europea, cuya forma de gobierno, a partir de 1978, es la monarquía parlamentaria. Su territorio está organizado en 17 regiones descentralizadas, denominadas comunidades autónomas, y un Estado central. Es un país transcontinental, situado tanto en Europa occidental como en el norte de África. Limita al norte con Francia, Andorra y el mar Cantábrico, al oeste con Portugal y el Océano Atlántico, al este con el mar Mediterráneo y al sur con el Océano Atlántico, los mares Mediterráneo y de Alborán, y Gibraltar (Reino Unido). Es el tercer país con mayor superficie de Europa occidental, con una extensión de 505 955 km^2.

El castellano o español es la lengua oficial (74 %), seguido por el catalán, el gallego y el vasco. La religión principal es el catolicismo (94 %) (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014). España tenía estimada, en julio de 2014, una población de 47 737 941 habitantes.

La distribución por grupos de edad para 2014 era:

0-14 años: 15,4 % (hombres 3 771 297 / mujeres 3 580 545)

15-24 años: 9,6 % (hombres 2 339 159 / mujeres 2 243 683)

25-54 años: 45,1 % (hombres 10 863 512 / mujeres 10 693 298)

55-64 años: 12,3 % (hombres 2 864 276 / mujeres 3 007 490)

65 años y más: 17,5 % (hombres 3 839 035 / mujeres 5 107 959) (CIA, 2014).

La Tabla 2.4 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 2.4. Indicadores demográficos y de salud de España (2010-2015)

Indicador	España
Población total (miles)	47 737 941 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	99,5 % (2010)[b]
Expectativa de vida (años)	82,8 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	3,5 [2,9-4,2] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	5 [4-6] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	9,88 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	9,0 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	4,95 (2013)[c]
Enfermeras por 1000 personas*	5,66 (2013)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	8,9 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	70,4 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	13,9 (2013)[c]

Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	22,8 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	1818 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] "España. Análisis del sistema sanitario 2010", por S. García, B. Abadía, A. Durán y E. Bernal.

[c] *Global Health Observatory (GHO)* data, por Organización Mundial de la Salud.

La tasa de fertilidad es una de las más bajas de la Unión Europea, con 1,48 hijos por mujer (CIA, 2014). Aunque se considera un país que envejece a gran velocidad, en la última década se ha presentado un fenómeno de rejuvenecimiento acuñado a la llegada de la población inmigrante (García, Abadía, Durán y Bernal, 2010). La esperanza de vida para las mujeres es de 84,67 años y para los hombres de 78,47 años (CIA, 2014). Las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como el cáncer, situación que se ha mantenido desde 1970; sin embargo, las tasas de mortalidad de estas enfermedades se encuentran entre las más bajas de la Unión Europea (García *et ál*., 2010).

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes

En las décadas de los veinte y los treinta el sistema de salud se encontraba en condiciones precarias. Luego del Congreso de Sanidad de 1934, se realizó uno de los primeros intentos por modificar esta situación: se estableció una mayor vigilancia y control por parte del Estado en el recaudo de las

retribuciones; a la vez se exigió una mayor autonomía médica, siendo impulsada por los avances microbiológicos y la progresiva tecnificación de la práctica médica (Fajardo, 2007).

Una primera etapa del desarrollo del sistema de salud español corresponde al periodo de la dictadura del general Franco (1939-1975). En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad y se aumentó de forma progresiva el cubrimiento de la población. En 1974 se promulgó la Ley General de Seguridad Social en Salud, que amplió la cobertura de colectivos. En este periodo, caracterizado por una visión curativa y reparadora, así como por la poca coordinación entre los componentes del sistema, avanzó en la configuración territorial del sistema asistencial y en el crecimiento de la red hospitalaria (Martín y Jodar, 2011).

Una segunda etapa comenzó con la institucionalización de la democracia. Con la entrada en vigencia de la Constitución española, se estableció el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, y se dio competencia a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública. En este periodo, el sistema pasó de una cobertura del 60 % de la población asalariada y de una irregular calidad científico-técnica, a ofrecer una cobertura universal con niveles de calidad equiparables a los mejores del mundo (González, 2008; Infante y Cavalcanti de Aguiar, 2013; Martín y Jodar, 2011).

El sistema de salud español ha experimentado una clara transformación desde la década de 1980. A partir de 1981 se desarrolló un proceso de descentralización progresiva que transfirió las competencias de organización sanitaria del Estado a las comunidades autónomas, proceso que se completaría en 2001. En 1984 se promulgó el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, que establece la división territorial en zonas básicas de salud, cada una de ellas atendidas por un centro de salud y un equipo de atención primaria. Ese mismo año se propuso la APS como eje fundamental de atención. Esto aumentó la contratación de profesionales médicos y dio origen a la figura del médico de cabecera, que estaría representado en la

medicina familiar (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997; Lorenzo-Cáceres y Otero, 2007).

Dos años después se expidió la Ley General de Sanidad, que crea el Sistema Nacional de Salud, integrado por los servicios de salud de las comunidades autónomas (Palomo, 2002; Martín y Jodar, 2011). En 2003 se promulgó la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, que establece los mecanismos de cooperación entre las administraciones públicas y las comunidades autónomas (Martín y Jodar, 2011). Esta transformación de un sistema de seguridad social en un sistema nacional de salud entre 1982 y 1986 se enmarca en un profundo debate político, donde fue trascendental el concepto de derecho a la salud (Fajardo, 2007). En 2015 el debate se centraba en el aspecto financiero (Infante y Cavalcanti de Aguiar, 2013; Palomo, 2002).

Estructura

El Sistema Nacional de Salud español tiene cobertura universal, y opera principalmente dentro del sector público. La prestación de servicios es gratuita, excepto la formulación de medicamentos en personas menores de 65 años, en cuyo caso aportan 40 % del precio de venta al público, salvo en algunos casos.

A partir de 2002 el sistema de salud se descentralizó en 17 departamentos de salud que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio, con un sistema de financiación autónomo. Como dicen García *et ál*., 2010, la coordinación directa del Sistema Nacional de Salud es responsabilidad del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En este organismo participan la ministra de Sanidad (que hace parte del gobierno central) y 17 consejeros de salud de las comunidades autónomas. El Ministerio de Sanidad y Política Social, encargado de la legislación en materia farmacéutica, es

el garante de las condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, e interactúa de forma directa con el Ministerio de Educación en cuanto a la formación del recurso humano, y con el Ministerio de Ciencia y Tecnología en lo pertinente a la investigación (García *et ál*., 2010).

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria gestiona los servicios de salud de dos ciudades con Estatuto de Autonomía que están ubicadas en África. El sector público ha ido progresivamente descentralizándose al empoderar a las autoridades locales en las Consejerías de Sanidad Autonómicas, que son las encargadas de la prescripción, dispensación y prestación de los servicios sanitarios (García *et ál*., 2010).

En 2010 el sector privado abarcaba:

- Atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Atención hospitalaria subcontratada por el sector público, que representa entre 15 % y 20 % de la prestación de servicios sanitarios especializados.
- Seguros privados voluntarios de carácter complementario, mas no excluyente del sistema público. Estos seguros cubren aproximadamente al 13 % de la población, y generalmente se utilizan para acceder a los servicios con largas listas de espera o de odontología, ya que son muy limitados dentro del sector público.
- Sistema de salud de los funcionarios públicos y sus beneficiarios, que representan el 4,8 % de la población. Estos son los únicos que pueden optar por tener una asistencia totalmente privada (García *et ál*., 2010).

Si se dividen los tipos de cobertura sanitaria en privada, pública y mixta, la proporción de estos servicios en las diferentes provincias es diferente. Por ejemplo, en 2006, en la provincia de Extremadura, la cobertura exclusivamente pública era del 97,3 %, y mixta, del 2,3 %, mientras que en

Madrid era exclusivamente pública, en 75,3 % y mixta en 22,7 % (García *et ál*., 2010).

Financiación

El gasto sanitario entre 2009 y 2013, en términos porcentuales, ha tendido, por un lado, a aumentar el gasto por servicios hospitalarios y por servicios colectivos de salud; y por el otro, a disminuir el gasto en servicios primarios en salud, en salud pública y por farmacia. La inversión total en euros ha tendido al descenso, en el 2009 los gastos sanitarios en salud eran del 15,27 % en el 2011 eran de 14,96 % y para el 2013 eran del 14,8 % (Lillo y Rodríguez, 2016).

En 2007, el gasto sanitario se distribuyó de la siguiente manera: 54 % se destinó a atención especializada, 16 % a atención primaria, 19,8 % a gasto farmacéutico y 1,4 % a salud pública y prevención. El costo se cubrió en su mayoría (71 %) con fondos públicos; el resto correspondió a seguros privados (5,5 %) y a los gastos pagados directamente por los ciudadanos (22,4 %). Estos últimos están representados por el copago generado por la formulación de medicamentos en personas menores de 65 años, así como por la atención odontológica para adultos y la entrega de productos ópticos (García *et ál*., 2010).

En general, el sistema de salud se financia con impuestos. La asistencia para enfermedad común y accidente no laboral se hace con impuestos públicos. La Tesorería Nacional de la Seguridad Social asume los costos de atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, básicamente mediante contribuciones de los empleadores. La financiación del sistema de salud de los funcionarios públicos y sus beneficiarios depende de un sistema mixto de contribuciones por nómina e impuestos (García *et ál*., 2010).

Modelo de atención y de prestación de servicios

El modelo de atención en España es un servicio nacional de salud con cobertura universal que se ha consolidado en función de la atención primaria, de tal forma que integra las actividades de salud y asistencia públicas desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación en la puerta de entrada del sistema. Como consecuencia de la descentralización que se dio entre 1979 y 2002, la estructura más común comprende un departamento de sanidad, o consejería de salud, encargado de administrar y gestionar todos los servicios sanitarios de una comunidad autónoma. Para ello, estipula la organización territorial, designando áreas de salud y zonas básicas de salud; además, cuenta con un servicio regional que se encarga de proveer los servicios. Estas zonas son la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria, y generalmente se organizan en torno a un único equipo de atención primaria que constituye la puerta de entrada al sistema. Las responsabilidades en el área de la salud pública suelen estar centralizadas en la consejería o departamento de sanidad, aunque funcionalmente sigan la estructura básica de las áreas de salud. Cada una de ellas debe cubrir una población entre 200 000 y 250 000 habitantes (García *et ál*., 2010).

En cuanto a la prestación de los servicios, el modelo más común cuenta con dos gerencias; una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria) en cada área de salud. Para acceder a la atención sanitaria especializada es preciso que el médico de familia o pediatra (coordinadores del equipo de atención primaria) derive al paciente en esa dirección (García *et ál*., 2010). Los modelos de atención recogen los conceptos de medicina centrada en la persona, y tienen experiencias dirigidas a la atención primaria orientada a la comunidad (APOC).

En el primer nivel o atención primaria, el médico de cabecera cumple la función de filtro que controla el acceso a los especialistas, lo que se considera de vital importancia para el funcionamiento sostenible del sistema; sin embargo, este no puede realizar todas las actividades solo, y

trabaja en equipo, principalmente con enfermeras (Fajardo, 2007) y, en ocasiones, con otros profesionales, en la atención primaria, como encargados de rehabilitación, atención a la mujer, odontología, salud mental, y salud pública y comunitaria (Martín y Jodar, 2011). En el segundo nivel o atención especializada, la consulta es atendida por especialistas que actúan como consultores de los equipos de atención primaria, pero que por lo general están adscritos orgánica y funcionalmente a otros niveles del sistema de salud. Es el caso de los profesionales de las distintas especialidades clínicas de base hospitalaria, que tienen habitualmente un importante volumen de trabajo generado por las referencias que reciben de los equipos de salud de la APS, las funciones y actividades deben coordinarse de manera adecuada para que puedan participar en todas las tareas propias de la APS, tanto en su vertiente clínica como en la comunitaria (Martín y Jodar, 2011).

Aunque no se ha logrado una completa articulación entre atención primaria y especializada, en algunos congresos se ha informado[7] que se realizan reuniones conjuntas en torno a un tema específico, a partir de las necesidades detectadas por alguna de las partes. Por ejemplo, si se registran

[7.] En febrero de 2013 el Capítulo de Falla Cardiaca de Cardiología realizó un simposio para explicar el Programa Itera, en el cual médicos familiares y cardiólogos trabajan en conjunto para atender a pacientes con falla cardiaca. Los cardiólogos españoles insistieron en que era importante la asistencia de médicos familiares (médicos de APS), razón por la cual la doctora Adriana Torres invitó al doctor Mauricio Rodríguez, director de esta especialización de la Universidad El Bosque (Colombia), como único representante médico no cardiólogo. Ese mismo año, en el XVI Simposio de Actualización en Psiquiatría, Salud Mental y Calidad de Vida, se desarrolló un conversatorio sobre atención primaria en salud. En él, los psiquiatras españoles insistieron en la necesidad de que se empodere a los médicos familiares para atender las situaciones de salud mental prevalentes. Según la experiencia reportada, cuando lo han hecho, el volumen de pacientes que llega a psiquiatría disminuye ostensiblemente, mejora la continuidad y decrece la fragmentación de la atención. En los dos casos, la estrategia inicial consiste en tener reuniones conjuntas que faciliten realizar capacitaciones y construir acuerdos de manejo entre los niveles.

muchas remisiones o reingresos para cardiología o psiquiatría, se concreta una reunión entre los médicos familiares y la especialidad correspondiente para analizar cómo manejar mejor uno u otro problema de salud desde los centros (Comín, 2013; Fernández, 2013).

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

La denominación de médico de familia surgió a mediados de la década de los treinta para referirse a la figura propuesta como inspector municipal de sanidad, cuando se realizó uno de los primeros intentos por modificar el sistema de salud (Fajardo, 2007). En los años cincuenta, se llamaba así a los médicos generales de la seguridad social. A partir de esta década, la comunidad médica internacional tomó conciencia de que el médico egresado de las facultades no estaba preparado para atender los problemas de la población, lo que hacía necesario replantear la figura del médico general.

En las dos décadas siguientes, España experimentó un cambio en la pirámide poblacional: se evidenció la tendencia al incremento exponencial de la población adulta mayor, lo que a su vez generaba el aumento de las enfermedades crónicas (cambio en el patrón de morbimortalidad) (Fajardo, 2007). Esta situación, aunada a la insatisfacción de los pacientes, justificó la necesidad de implementar un modelo de atención primaria fundamentado en medicina familiar (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997).

De acuerdo con las encuestas realizadas entre 1978 y 1983 para identificar las percepciones de los diferentes actores, los usuarios criticaban la información imprecisa, el trato inhumano e insultante, los tiempos de esperas

excesivos, la poca continuidad en las consultas y un tiempo de espera prolongado para acceder a ellas. "Deseaban que el médico tuviera más capacidad resolutiva, y que se simplificara el papeleo, a la vez que esperaban mejor comunicación y comprensión de sus problemas de salud" (Fajardo, 2007).

Por su parte, los médicos consideraban que los problemas derivaban de la propia organización y de la cultura sanitaria de los pacientes, y que el 85 % de la asistencia ambulatoria era insatisfactoria. Coincidían en la necesidad de impulsar la medicina preventiva entre la población general. La despersonalización, según los profesionales de la salud, se relacionaba con la masificación de la consulta, su escasa participación en la gestión del sistema y la centralización en la toma de decisiones. Según ellos, el médico general realizaba una medicina "sin palabras", que terminaba en una prescripción rápida, sin pensarlo mucho (Fajardo, 2007).

En este contexto, tomó fuerza la propuesta de una reforma en salud que ofreciera cobertura universal y atención integral. Los médicos eran los más interesados en apoyarla, pues consideraban que el trato despersonalizado era uno de los factores principales que provocaba el funcionamiento inadecuado del sistema, y proponían abiertamente el ejercicio de la profesión con énfasis en la medicina preventiva (Fajardo, 2007).

En la década de los setenta, el ministro de Sanidad, Enrique Sánchez de León Pérez, después de asistir a la Conferencia de Alma Ata, impulsó la creación de esta especialidad y la intención de poner en marcha una red de asistencia en salud. Esto constituyó una respuesta a la importancia que cobraba en esos momentos tanto la prevención, como el énfasis en las relaciones humanas, y el restablecimiento de los valores que siempre debían estar en la medicina, pero que se estaban olvidando (Fajardo, 2007).

Con la creación en 1974 del sistema de seguridad social, se incrementó de manera considerable la contratación de médicos dentro del sistema. Esto hizo que en 1975 aumentaran las expectativas por la expansión de la profesión médica y que se presentara el ingreso masivo de estudiantes a las facultades. Ya para esta época el promedio de médicos españoles su-

peraba el promedio europeo, al multiplicarse su población por 2,95 entre 1960 y 1980. A partir de este momento el número de estudiantes comenzó a superar al de profesionales egresados; por ejemplo, de un estimado de 59 000 estudiantes, se pasó a 92 000, en 1990. Esta situación supuso un crecimiento del número de médicos que no podían financiar ni el país, ni el sector público ni el privado, lo cual significó que 16 000 profesionales quedaban espera de su primer empleo para 1982. Esta cifra se duplicaría en los cuatro años siguientes (Fajardo, 2007).

En la década de los setenta, el ingreso masivo de estudiantes a las universidades de formación médica generó tres fenómenos:

a. *El rejuvenecimiento:* en 1974 los estudiantes menores de 30 años ascendían a 20 %, y en 1983 correspondían a 46 %. En 1985 los médicos menores de 27 años representaban 61,9 %.
b. *La feminización:* en 1974, el porcentaje de mujeres médicas era de 6,7 %, y pasó a un 20 % en 1982. Además, la tasa de feminización entre el 1984 y el 1989 correspondió a 40 %. La medicina familiar se convirtió entonces en una alternativa laboral. De acuerdo con Fajardo (2007), las primeras promociones tuvieron una tasa de feminización de 40 %.
c. *La democratización:* no solo ingresaban a las universidades los estudiantes con una mayor capacidad económica, lo que disminuía la tendencia de tradición familiar a estudiar medicina (Fajardo, 2007).

En este contexto, en 1978 se reconoció a la medicina familiar como una especialidad necesaria para el desarrollo de la atención primaria, más como una consecuencia de la política en salud emergente que de las presiones ejercidas por las organizaciones sindicales de los médicos especialistas. Aparece así el médico de familia en el Real Decreto 2015 de ese mismo año, y posteriormente en el Real Decreto 3303, donde se define como la figura fundamental del sistema de salud, cuya misión es brindar atención médica integrada a los miembros de la comunidad (Fajardo, 2007).

Cuando en 1978 surgió la idea de la medicina familiar, se acreditaron médicos que llevaban más de cinco años en el ejercicio de la atención primaria en los puestos asignados por la administración pública o entidades gestoras de la seguridad social. Luego, con el fin de fortalecer la APS, se generaron múltiples estrategias para acreditar o formar promociones de médicos familiares. Dos años después, se otorgó el título a los médicos rurales que eran propietarios de plaza en el sistema de salud público, lo cual se reguló con la obtención del título por vía del "curso de perfeccionamiento", como manera de formalizar los conocimientos en este grupo (Gómez y Ceitlin, 1997).

Aunque esta vía permitió reconocer el trabajo de generalistas que contaban con algún grado de exigencia académica, generó una dura polémica con implicaciones jurídicas que duró más allá de 1989, año en el que se expidió la Resolución del 19 de diciembre, que reglamentó el desarrollo del curso, lo que tendió a cerrar la posibilidad de convalidar títulos por experticia sin cumplir con una exigencia académica determinada (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997; Hart, 1990).

Gracias a la naciente importancia de la prevención y la mirada comunitaria, los especialistas en medicina familiar comenzaron a exigir lugares de trabajo y de formación propios, en los cuales estos aspectos pudieran desarrollarse de manera más adecuada y se superara la dependencia hospitalaria (Fajardo, 2007). En consecuencia, las cinco primeras promociones de médicos de familia se centraron en la consolidación de un programa docente. El 19 de diciembre de 1982, se establecieron las condiciones mínimas que debe cumplir un docente (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997).

Si bien esta situación incidió para que la especialidad fuera ganando valor y prestigio clínico, su ejercicio profesional derivó en rotaciones hospitalarias dispersas, pues los encargados de organizarlas eran médicos del área hospitalaria internista. Los primeros residentes encontraron que no existían centros de práctica adecuados para ejercer el generalismo, y tuvieron que esforzarse en conseguir estos escenarios y tutores idóneos.

Abrieron camino en sus centros de práctica, y buscaron en la comunidad centros que les permitieran desarrollar el tercer año de residencia, lo que en el futuro se consolidó como un modelo de asistencia (Fajardo, 2007). Los recién egresados trabajaron en conjunto con los residentes para crear programas extramurales, que se consolidaron alrededor de 1984. Paralelamente se dio la lucha para que los centros de salud se establecieran como puerta de entrada al sistema y que contaran con el médico familiar como figura central.

Entre 1980 y 1982, la mayoría de los médicos jóvenes trabajaban en hospitales. Para iniciar su formación como médicos de familia, salieron a áreas rurales y al medio extrahospitalario con tutores de procedencia hospitalaria. Las críticas por parte de los médicos generales no se hicieron esperar: se sentían marginados y rechazaban el "formar internistas" para trabajar en atención primaria. A posteriori, los médicos de familia criticaron su excesiva preparación en este campo, la cual contrastaba con una formación en centros de salud mejor direccionada para atender los casos más prevalentes en atención primaria.

En enero de 1984 se aprobó el Real Decreto 127, por el que se regula la formación médica posgraduada y la obtención del título de especialista. Un punto a resaltar es la división de las especialidades en hospitalarias y no hospitalarias, que a la postre llevó a que la vía del examen Médico Interno Residente (MIR)[8] fuera la única forma de obtener una especialidad médica en España (Gómez y Ceitlin, 1997).

En 1988 estaban registrados alrededor de 2500 médicos de familia con formación posgraduada, y 700 nuevos alumnos ingresaban por año a los cuarenta centros docentes asistenciales. Para ese momento, la oferta

[8.] Médico Interno Residente es el sistema de formación de especializaciones médicas en España desde 1978. Mediante este se evalúan ingresos y se asignan cupos a nivel nacional que se formalizan mediante un contrato laboral entre centros acreditados y el residente.

de educación continuada era limitada, y era financiada en su mayoría por la industria farmacéutica (Hart, 1990). En 1996 el país contaba con 7000 médicos familiares formados por vía MIR, así como con 5000 residentes. En ese momento la proporción de especialistas en medicina familiar era del 15 %, pero se estimó como situación idónea que 50 % de los médicos especialistas o en fase de especialización fueran médicos familiares (Gómez y Ceitlin, 1997).

La educación continuada era una necesidad para ese gran volumen de médicos, por lo que se realizaron múltiples congresos nacionales, que se convirtieron en uno de los pilares del desarrollo de la especialidad. En 1982 se fundó la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) con la idea de construir el "corpus científico" de la especialidad y contribuir activamente en la reforma del modelo sanitario del país (Gonzalez, 2008). Ese mismo año se llevó a cabo el primer congreso español en Barcelona, pero fue en el 1983, con el IV Congreso en Granada, que realmente se consolidó la semFYC (Gómez y Ceitlin, 1997).

La Sociedad se ha convertido en una institución fundamental para los médicos de familia y todos aquellos que laboran en la atención primaria, debido a tres factores fundamentales: fomenta el óptimo desarrollo de la atención primaria y la medicina familiar mediante el liderazgo y la excelencia científica, así como el apoyo al uso eficiente de los recursos sanitarios; adquiere el compromiso tanto de promover la formación de los profesionales de atención primaria, como de desarrollar investigaciones y publicaciones científicas; genera una organización que tiene un representante en cada comunidad autónoma, en donde actúa como interlocutor en todos los asuntos relacionados con la salud, y en especial en aquellos que afectan a la atención primaria (González, 2008).

Al interesarse cada día más en el cambio de concepción de la APS, los médicos familiares promovieron las publicaciones científicas que iniciaron en 1984 con la revista Atención Primaria. Inicialmente, contó con cuatro números al año y, a partir de 1987, con una publicación mensual. En 1993

se convirtió en el órgano oficial de la SemFYC (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997). Más adelante, en 1991, a fin de proporcionar documentos investigativos de alta calidad, útiles para la formación de los médicos familiares, nació la revista MEDIFAM que, a diferencia de las anteriores publicaciones, incluía secciones para el conocimiento y el aprendizaje de la disciplina (Gómez y Ceitlin, 1997).

Toda esta labor investigativa se reforzó con actividades docentes gracias a la creación de la Sección de Docencia de la semFYC, en diciembre de 1989. Esta se constituyó oficialmente en 1990, al crear un grupo de trabajo sobre el pregrado. Entre sus principales actividades figura publicar los "Criterios mínimos para la docencia - Pregrado en APS" y el Programa de Formación Médica Continuada (1994), que pretendía cubrir las necesidades de educación continuada y acreditación de la semFYC, con una edición anual de temas esenciales para la actualización en atención primaria (Gómez y Ceitlin, 1997).

Aunque la vía oficial para tener el título de Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria es el examen MIR, desde 1984 las directivas europeas (Directiva 86/457/CEE, modificada en la Directiva 93/16/CEE) acordaron que a partir del 1º de enero de 1995 se requiere una formación posgraduada para el ejercicio de la medicina general. Así los licenciados en medicina quedaron sin posibilidad de ejercer en España y el territorio europeo, mientras no cuenten con la respectiva especialización (Real Decreto 931 de 1995).

Ante esta situación, se han promulgado normativas para permitir accesos excepcionales a este título. Entre ellas se encuentran el Real Decreto 931 de 1995, que establece una convocatoria específica de plazas de formación en medicina familiar para licenciados en medicina graduados a partir del 1º de enero de 1995; el Real Decreto 1753 de 1998, que creó una vía alterna para el título de la especialidad para los médicos licenciados antes del 1º de enero de 1995; el Real Decreto 904 de 2001, que restablece las convocatorias nacionales para esta especialidad en conjunto con las otras

especialidades; el Real Decreto 220 de 2013, que fija el 31 de mayo de 2013 como la fecha límite para presentar documentos ante esta vía alterna (Real Decreto 220 de 2013).

En resumen, el "Acceso excepcional al título de médico especialista en medicina familiar y comunitaria" rige para los médicos licenciados antes del 1º de enero de 1995, con cinco años mínimos de experiencia como médicos de familia, y que hayan realizado un curso de formación de mínimo 300 horas antes del 1º de enero de 2008. Para este proceso, los interesados tuvieron que presentar su solicitud a la Secretaría General de Universidades del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte antes del 31 de mayo de 2013 (Real Decreto 220 de 2013).

La especialidad también ha tenido avances cuantitativos: en 2002 habían egresado 18 000 especialistas y se encontraban en proceso de formación 5400 (semFYC, 2005). Entre 2001 y 2014 se contabilizaron 23 419 egresados de Medicina Familiar y Comunitaria, siendo el 29 % de los egresados de las especialidades en esos años. Para ese año se habían censado 28 405 médicos familiares, existía registro de 1682 plazas ofertadas, y se consideraba que eran necesarias entre 2173 y 2514 plazas (Casado, 2014).

Características del programa académico

El primer programa académico de Medicina Familiar comenzó en 1979, sin tener un currículo claro. El plan de estudios inicial tenía gran influencia del programa estadounidense, aunque con mayor énfasis en medicina comunitaria. Las prácticas pedagógicas se rigieron por una especie de guiones basados en la literatura anglosajona que se denominaron el "Libro verde", en su primera edición, y el "Libro azul", en la segunda. Comprendía tres años de residencia. Los dos primeros incluían rotaciones en centros hospitalarios, y el último rotaciones en unidades extrahospitalarias de medicina comunitaria (Hart, 1990). Si bien de este programa egresa la

primera promoción de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria entre 1980 y 1982, el primer programa docente formal apareció en 1985 (Fajardo, 2007; Gómez y Ceitlin, 1997; Hart, 1990).

En 1994 se aprobó el segundo programa que aumentó a 60 % el tiempo de residencia en centros de salud. La distribución incluía 13 meses en centro hospitalario, donde se realizaban rotaciones por medicina interna, obstetricia, dermatología, oftalmología, otorrinolaringología y salud mental, así como de 17 a 18 meses en centros de salud con predominio en clínica de atención primaria. Finalmente, se dedicaban dos y tres meses al área de salud mental en otras áreas extrahospitalarias (Fajardo, 2007).

Un tercer programa está vigente en 2015. Aunque se diseñó en 2002, comenzó a regir en 2005. El cambio más significativo fue la ampliación a cuatro años de residencia, considerado por muchos expertos como el tiempo mínimo para adquirir las competencias necesarias y así lograr impactar el sistema de salud con una mayor resolutividad en el nivel de atención primaria (Fuertes y Casado, 2003; semFYC, 2005).

De acuerdo con la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), el programa está orientado al fortalecimiento de APS, y debe ser la base del sistema de salud. Por ello, es fundamental la buena preparación de los egresados a fin de que sean capaces de dar una mejor atención al usuario, más accesible, más humana, más integral y más eficiente (semFYC, 2005).

Según Verónica Casado (2014), el esquema curricular del programa académico de la especialidad comprende:

- Valores profesionales y competencias esenciales: incluyen comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y bioética.
- Competencias relacionadas con la atención al individuo: se abordan necesidades y problemas de salud (22 áreas); por ejemplo, aparatos o sistemas como el genitourinario y el respiratorio, entre otros, y las conductas de riesgo y las emergen-

cias. También se tratan temas relacionados con grupos poblacionales y con factores de riesgo (11 áreas), tales como grupos etarios, por condiciones (ser mujer, trabajador, ser cuidador, estar en estado terminal o de duelo) y situaciones de riesgo como exclusión social, discapacidad y violencia.

- Otras competencias relacionadas con atención a la familia y a la comunidad, así como las asociadas con formación, docencia e investigación.

Para finalizar este análisis de los aportes de la medicina familiar al desarrollo de la APS, es necesario mencionar que, aunque en la literatura revisada no se utilizan los términos de medicina centrada en la persona, medicina centrada en el paciente o salud familiar al referirse a la organización de servicios, se puede afirmar que en España mencionar el rol del médico familiar en su práctica médica es referirse a la medicina centrada en el paciente. Esta se desarrolla dentro de una relación auténtica y empática con el paciente, basada en el respeto y el servicio. En este escenario, el paciente se convierte en un partícipe activo de la responsabilidad de su propia salud (García Monzón *et ál*., 2010).

Este programa tiene tres condiciones esenciales para la formación de médicos familiares:

1. Integra la definición de los niveles de prioridad de las competencias del residente, desde las obligatorias, hasta aquellas que, aunque no son imprescindibles, representan un criterio de excelencia.
2. Impulsa la creación de criterios de remisión a otras especialidades, teniendo en cuenta los niveles de responsabilidad del médico familiar para resolver los problemas prevalentes de la comunidad.

3. Incluye el método de formación, en donde se refuerza el autoaprendizaje y el aprendizaje de campo, que puede complementarse con cursos, talleres y trabajos en grupo (Fuertes y Casado, 2003; semFYC, 2005).

Los valores del médico familiar se consolidan en este programa y se agrupan en cinco compromisos: con las personas, la sociedad, la mejora continua, la especialidad, y con la formación de nuevos especialistas y la ética. Todos estos valores legitiman el papel del médico familiar y su perfil profesional:

> El perfil del médico de familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud. (semFYC, 2005, pp. 6-7)

El médico familiar en formación cuenta con tutores; el principal, es responsable de la creación, supervisión, evaluación y seguimiento del cronograma de residencia, que se establece de forma individualizada, teniendo en cuenta las características del lugar de rotación, y debe ser avalado por la Comisión Asesora. Este cronograma es flexible y debe garantizar como mínimo las siguientes características:

> […] un contacto amplio inicial del residente con la Atención Primaria de Salud: preferentemente seis meses y como mínimo tres meses, que al menos el 50 % de la residencia se realice en el Centro de Salud, un tiempo de estancia formativa en el Centro de Salud todos los años. (semFYC, 2005, pp. 16-17)

Se espera que el residente cumpla los objetivos, a pesar de la amplitud del programa y de la diversidad de tutores y los recursos con que cuentas las unidades docentes. Para ello, se plantean múltiples objetivos y métodos de aprendizaje (semFYC, 2005). Los más utilizados son el autoaprendizaje, el aprendizaje de campo, las clases magistrales, el trabajo grupal y los talleres.

Desde 2005, el programa de Medicina Familiar tiene una duración de cuatro años, distribuidos como se muestra a continuación (semFYC, 2005). En el primer año se tiene aprendizaje de campo en Atención Primaria durante tres a seis meses, aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades durante cinco a ocho meses y vacaciones por un mes. Simultáneamente se tiene aprendizaje de campo en urgencias y autoaprendizaje con metodologías de clases, trabajo grupal y talleres (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 2005). Durante el segundo y tercer año se tiene aprendizaje de campo en Medicina Interna y especialidades médicas y médico-quirúrgicas por ocho meses, aprendizaje de campo en Atención Primaria por tres meses (R2) en centro rural, aprendizaje de campo en Atención al niño por dos meses, aprendizaje de campo en salud mental por tres meses, aprendizaje de campo en atención a la mujer por tres meses y estancias electivas complementarias o aprendizaje de campo en el centro de salud por tres meses (R3). Simultáneamente se tiene aprendizaje de campo en urgencias y autoaprendizaje con el apoyo de clases, trabajo grupal y talleres. Cada año se tiene un periodo de vacaciones de un mes (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 2005). En el cuarto año se tiene aprendizaje de campo en Atención Primaria durante once meses y simultáneamente se tiene aprendizaje de campo en urgencias y autoaprendizaje con el apoyo de clases, trabajo grupal y talleres y un periodo de vacaciones de un mes (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 2005).

Las unidades docentes planean y estructuran las prácticas. Cada una cuenta con un coordinador, encargado de dirigir, planificar y organizar, así como de evaluar las actividades de docencia e investigación de los tuto-

res de atención primaria. El personal docente incluye tutores principales, encargados del seguimiento de máximo dos residentes a lo largo de la formación en los cuatro años, tutores de apoyo de acuerdo a las necesidades del residente, tutores hospitalarios, colaboradores docentes y técnicos en salud pública. Cada una de estas unidades cuenta con un cuerpo colegiado denominado Comisión Asesora de la unidad docente. Los tutores y coordinadores de dichas unidades tienen un doble rol: el de trabajador y de formador, por lo que se requiere de una adecuada coordinación entre los tutores y los directores de dichas unidades. Los escenarios formativos son centros de salud y hospitales (semFYC, 2005).

De acuerdo con Verónica Casado, cada unidad docente debe asegurar que los residentes tengan contacto inicial amplio en atención primaria, que anualmente el 50 % del tiempo de su formación sea en el centro de salud, y que haya contacto continuo y estructurado con el tutor para garantizar una formación individualizada con responsabilidad progresiva, la ampliación de los entornos docentes y las estancias electivas para el ajuste de competencias. En 2014 el país contaba con 97 unidades docentes, 856 centros de salud y 257 hospitales donde se forman médicos familiares (Casado, 2014).

El programa de Medicina Familiar es una de las pocas especialidades médicas que no tiene asignaturas propias en pregrado, ni departamento en la universidad, circunstancias que, de subsanarse, podría generar un importante estímulo a la investigación. De acuerdo con Verónica Casado (2014), el hecho de que médicos familiares dicten asignaturas en pregrado y en subespecialidades "parece de ciencia-ficción", a causa del marco legislativo y universitario que se tiene, a causa del desconocimiento del valor de la medicina familiar, y por la resistencia al cambio y el miedo a perder el poder.

Relación entre medicina familiar y otras especialidades médicas

En los inicios de la medicina familiar, en las décadas de 1970 y 1980, se dificultó la construcción de su identidad, debido a las tensiones con las otras especialidades. Su carácter horizontal no permitía que se concibiera como especialidad, porque aún prevalecía la noción que propuso Rosen en 1944[9], según la cual una especialización médica implica la "delimitación de un foco de interés o área de problema" (Fajardo, 2007).

Es importante anotar que con el despliegue de la medicina familiar sobrevinieron diferentes inconvenientes en el campo médico. Uno de ellos fue el recelo mutuo entre los primeros especialistas y los médicos generales que laboraban en el sistema, dado que los primeros fueron vistos como de segunda clase por residentes y especialistas de otras áreas; no se había planificado su papel en la atención primaria y los médicos titulares se sintieron suplantados. Además, los médicos en proceso de especialización tendían al cambio de la especialidad después del primer año, lo cual ponía en duda la viabilidad del programa (Gómez y Ceitlin, 1997). Por su parte, los médicos de familia afirmaban que centrarse en el individuo, teniendo en cuenta su contexto familiar y social, los diferenciaba de los médicos generales, quienes tenían una visión más individualista y reparadora. Este enfoque hace que el médico familiar se apoye mucho más en el conjunto de valores y de actitudes sociales y profesionales, que en la agrupación de innovaciones en tecnología y conocimiento.

En el periodo entre 1984 y 1995 se presentó rivalidad entre los médicos generales que trabajaban en atención primaria y los residentes y

---

9. Véase *The specialization in Medicine with Particular Reference to Ophthalmology*. Este trabajo influyó de manera importante el concepto de especialidad médica en España. Para Fajardo (2007), "el proceso de especialización en Medicina de Familia y Comunitaria desafía gran parte de sus parámetros más clásicos".

especialistas de medicina familiar. Se ha explicado esta oposición por el requerimiento de incorporarlos a los equipos de atención primaria, la rivalidad en el acceso al mercado laboral y la lucha por la titulación de la especialidad por parte de la directiva europea. La creación de los equipos de APS y la aplicación de la directiva europea le pusieron punto final (Fajardo, 2007). También se generó controversia con los médicos internistas, puesto que muchos de ellos trabajaban en el campo de la APS, y luego de ser creada la especialidad de medicina familiar, no pudieron intervenir en la atención primaria por no tener la formación necesaria en dicho nivel (Hart, 1990).

La rivalidad entre medicina interna, salud pública y medicina familiar se fue reduciendo a medida que se daba campo a la especialidad en áreas de atención primaria. Un caso en particular fue la atención pediátrica, pues en un inicio los pediatras actuaban en un segundo nivel como especialistas consultores, pero posteriormente se les consideró como los médicos generales de la población infantil, lo que generó discordia, pues se pensó que desprestigiaba el trabajo del médico de familia que atiende a todos los grupos etarios (Fajardo, 2007).

Medicina familiar y atención primaria en salud

En el sistema de salud español, los médicos familiares se consideran médicos de cabecera. Por esa condición, tienen muchos áreas en las cuales pueden desempeñar un rol "pluripotencial" enfocado en la atención primaria; por ejemplo, en consulta programada o de carácter urgente, en puestos de gestión o administración sanitaria, en estructuras docentes, en servicios hospitalarios de medicina interna, en unidades de hospitalización domiciliaria y en servicios hospitalarios de urgencias (Fuertes y Casado, 2003; Oliver, 2001).

Fraser (citado por Kloppe *et ál*., 2005) afirma que se ha visto que dos tercios de la población visita a su médico familiar una o más veces por año, y que 90 % lo hace al menos una vez cada cinco años. Esto permite que el

médico familiar desarrolle de manera oportuna actividades preventivas y de promoción de la salud con quienes acuden a la consulta por cualquier otro motivo, sin importar la edad ni el sexo.

Ámbitos de desempeño

El médico familiar es la puerta de entrada al sistema de salud desde la atención primaria como médico de cabecera del grupo familiar, exceptuando a la población atendida por un pediatra: desde el nacimiento hasta los 14 años (Fajardo, 2007). Como tal, apoya las actividades de gerencia para mejorar la accesibilidad, optimiza la utilización de los recursos y oportunidad y, de hecho, reduce los problemas de calidad en la consulta. Esto permite garantizar la prestación de un servicio adecuado a todos aquellos que lo necesiten (Gérvas *et ál*., 2007).

Con el fin de ofrecer servicios de calidad, humanos y accesibles desde esta posición en el sistema, el médico familiar se enfoca en las enfermedades prevalentes y la optimización de recursos para solicitar servicios diagnósticos y terapéuticos con razones científicas. Esto implica conocer el comportamiento epidemiológico de la enfermedad, las innovaciones tecnológicas y la evaluación de la gravedad de algunas patologías, estar inmerso en el ambiente sociocultural de sus pacientes, centrado en la familia y prestando servicios tanto curativos como preventivos (Gérvas y Ortún 1995). De acuerdo con la SemFYC, este especialista "tiene un compromiso social en el uso eficiente de los recursos sanitarios y en evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud" (2005).

El médico familiar se considera también el médico de primer contacto. En desarrollo de este rol, realiza el reconocimiento de los pacientes con problemas de salud mental, y analiza la necesidad de direccionarlos o de proponer su tratamiento psicosocial. Esto es posible porque conoce al paciente y puede responder más fácilmente a las señales de los trastornos mentales (Verhaak, van den Brink-Muinen, Bensing y Gask, 2004).

La medicina familiar permite la atención de los pacientes en su complejidad, puesto que basa su práctica en el supuesto de que "las personas enferman como un todo y no en partes, y el todo es diferente a la suma de las partes" (Fajardo, 2007). De allí que su especialista ponga en práctica el principio de integralidad, pues debe tener en cuenta los aspectos psíquicos, psicológicos y sociales en los diagnósticos para establecer planes educativos, preventivos y terapéuticos a fin de mejorar la salud de sus pacientes (Gérvas y Ortún, 1995; Kloppe *et ál*., 2005).

En España, los médicos familiares pueden atender a los pacientes en sus domicilios, en la consulta y en el hospital, tomando las decisiones iniciales acerca de las problemáticas que los afectan, y solicitan un concepto a otros especialistas solo cuando la situación lo amerita (Gérvas y Ortún, 1995; Oliver, 2001). En la atención domiciliaria, intervienen en el cuidado de los enfermos crónicos o de los enfermos terminales (Terol, Hamby, Sacristán, Sanz, Minué, Gil y Paniagua, 2001). Durante la consulta ambulatoria, atienden a un paciente cada 6 o 10 minutos. En este lapso, muchas veces debe analizar más de un problema, teniendo en cuenta circunstancias personales y decidir según la gravedad y la priorización del caso. También selecciona las pruebas diagnósticas y terapéuticas, según las características de la población (Gérvas y Ortún, 1995).

Con el transcurrir de los años, se han generado otros ámbitos donde el médico familiar puede intervenir, como la coordinación de equipos de atención primaria. También se puede desempeñar como coordinador del equipo de atención de salud en casa. Dicho equipo lo conforman generalmente un médico entrenado en cuidados paliativos, geriatras, médicos internistas y el médico familiar, pero también puede complementarse con dos y cuatro enfermeras con experiencia en atención domiciliaria y uno o dos auxiliares (Terol *et ál*. 2001).

Otro campo de intervención son las urgencias, con una creciente demanda de atención tanto en centros hospitalarios como en atención prima-

ria, gracias a su formación generalista y sus competencias para resolver problemas de salud con enfoque biopsicosocial (Oliver, 2001). En cada encuentro se pueden realizar intervenciones preventivas primarias y secundarias, así como solucionar problemas de salud de naturaleza no orgánica que normalmente lleva a los pacientes a una nueva consulta. También se puede vincular al paciente a una línea de atención primaria para seguimiento y solución cercana a su problemática (Oliver, 2001).

Con el surgimiento de programas relacionados con promoción y prevención, los médicos familiares comenzaron a diseñar una serie de estrategias preventivas, como la "Educación en salud", que se usa como instrumento sanitario para capacitar a la comunidad en la toma de decisiones individuales y comunitarias sobre su salud, así como para generar autocuidado. Otra de las estrategias está centrada en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, dirigida a la población que cotidianamente no se considera enferma (Fajardo, 2007). Otra de sus actividades educativas consiste en ofrecer a la comunidad instrucción en reanimación cardiopulmonar (Oliver, 2001).

Un campo de intervención por definir es el área comunitaria, en donde el médico familiar debe desempeñar el papel asistencial de la atención primaria. Al respecto, basta recordar que la especialización incluye la palabra "comunitaria" en su denominación, ya que debe estar dirigida a la población en conjunto como objeto de atención. Sin embargo, no se ha evaluado la formación real del especialista en esta área (Soler, 1997).

Teniendo en cuenta lo anterior, puede afirmarse que en España el médico familiar es el especialista en atención primaria y el eje fundamental en la implementación del nuevo modelo de atención. También que sus competencias han evolucionado en la medida en que se ha desarrollado el proceso de reforma en salud y los cambios que ha tenido dicho país para enfocar la mirada en la atención primaria.

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

Con la nueva reforma en salud, la promoción y prevención se convirtieron en actividades primordiales del médico de cabecera. En 1989, la semFYC protocolizó dichas actividades en el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (Fajardo, 2007). Este establece y revisa periódicamente las recomendaciones sobre el tema con base en evidencia científica, para que los médicos familiares las empleen de manera oportuna en su consulta (Kloppe *et ál*., 2005). Respecto a esto, Kloppe y colegas (2005) realizaron un estudio en el que encuestaron a médicos familiares de once países de Europa acerca de la realización de actividades de prevención. En comparación con los médicos de otros países europeos (n = 2082), los médicos familiares españoles (n = 270) desarrollan las actividades de prevención y promoción de la salud por grupos de edad y sexo con mayor evidencia científica.

Las actividades preventivas como la determinación del colesterol, medición de la presión arterial, determinación de la glucosa, tamización para cáncer de colon, mama y cérvix y otras actividades preventivas como la vacunación, consejería para dejar de fumar o tomar, en alimentación o ejercicio, estimación del índice de masa corporal (IMC) estaban en promedio 56,2 % en otros países europeos, mientras que en España estaba en 75,9 %. La única práctica preventiva que era menor en España que en el resto de países era la tamización para cáncer de colon que en España era de 9,63 % mientras que en otros países era de 18,91 % (Kloppe *et ál*., 2005). De otro lado, actividades de tamización no indicadas para cáncer de próstata o de pulmón en promedio eran mayores en el resto de Europa con un 41,36 % que en España con un 22,23 % (Kloppe *et ál*., 2005).

El modelo centrado en atención primaria trasladó la atención de muchos de los pacientes que represaban el servicio de urgencias de los hospitales a los centros de primer nivel, lo cual los descongestionó y facilitó la continuidad en la atención, gracias a la participación del médico familiar

como el profesional de primer contacto o primera línea dentro del sistema de salud (Fajardo, 2007). En este ámbito, el médico familiar realiza un filtro importante, porque identifica a los pacientes sanos y enfermos, y además determina el riesgo y la necesidad de una evaluación especializada en el segundo caso (Gérvas y Ortún, 1995).

En el nuevo modelo implementado en España, el costo en salud logró disminuirse gracias a la tendencia decreciente del gasto farmacéutico, la cual compensó el gasto inicial que representó la implementación del nuevo modelo, por los requerimientos de espacio, equipos, pruebas complementarias y recurso humano, que incrementaron inicialmente el presupuesto en un 30 % (Fajardo, 2007).

El trabajo de los médicos familiares también ayudó a disminuir la cantidad de interconsulta con los hospitales, así como la tasa de utilización de los servicios hospitalarios (40 %, 28 %, 16 % en 1988) (Villalbí, citado por Fajardo, 2007), como resultado de una mejor calidad en los servicios ambulatorios. Además, con la mirada del gobierno puesta en la atención primaria, los médicos familiares previeron mejores resultados por el adecuado control en los enfermos crónicos y por el grado de satisfacción que estos referían con dicho cambio (Fajardo, 2007). Esto no solo refleja el impacto económico que genera este especialista en el sistema, sino también su alto poder de resolución, al comprobarse que un médico familiar con una adecuada formación puede resolver por lo menos entre el 90 % y el 98 % de los problemas de salud de sus pacientes (Fajardo, 2007).

En el proceso de consolidación de la reforma de la salud, las competencias del médico familiar español se han ido fortaleciendo con respecto a las exigencias del sistema y del momento. Una de ellas es la mejor relación médico-paciente, y la confianza que depositan el uno en el otro (Gene Badia *et ál*., 2006). Ruiz, Pérula de Torres y Inmaculada (2007), en su estudio sobre satisfacción del paciente, coinciden con lo anterior al afirmar que este asiste a consulta de medicina familiar con la intensión de hallar información en un médico que muestre interés y preste atención a

sus demandas, siendo el tratamiento una prioridad secundaria, comparado con el deseo de escucha y de obtener información, parámetro con el cual el médico familiar cumple las expectativas en alta proporción. Los datos señalan que el acto comunicativo de la consulta mejora la adherencia y evita nuevas consultas por el mismo motivo, lo que finalmente produce satisfacción con la atención.

Una revisión sistemática de la literatura sobre los atributos de la medicina familiar y su influencia en los resultados de atención primaria de salud según la percepción de los pacientes, reporta un mayor grado de satisfacción, mejoras en el estado de salud, disminución en el uso de recursos y reducción en costos. Por ejemplo, desde el punto de vista de costo-efectividad, tener el mismo médico familiar durante un largo periodo se relacionó con un gasto sanitario total anual inferior (Sans Corrales, Pujol Ribera, Gené Badia, Pasarín Rua, Iglesias Pérez y Casajuana Brunet, 2006).

Los indicadores asociados a una mayor satisfacción se obtuvieron a partir de los siguientes datos: tener una cita con el médico de cabecera para el mismo día o el siguiente, y pasar un tiempo corto en la sala de espera (entre 6 y 10 minutos). El indicador de continuidad asociado con satisfacción se refiere a tener el mismo médico familiar por un periodo prolongado. Los indicadores relacionados con tiempo de consulta (o percepción del paciente de la duración) mostraron una relación directa con el aumento de la satisfacción, es decir, entre más prolongada la visita clínica mayor es la satisfacción (Sans Corrales *et ál*., 2006).

Los encuestados afirman estar más satisfechos con un médico cálido, agradable y con una actitud tranquilizadora, que ofrece una atención centrada en el paciente, muestra interés por sus preocupaciones y expectativas, aborda el problema de salud, proporciona una explicación clara del diagnóstico y pronóstico, y comparte la decisión de tratamiento. En general, se produce mayor satisfacción cuando el paciente tiene la percepción de ser escuchado, de ser tratado con respeto y humanidad, y de una forma justa. Según los datos, una relación médico-paciente más personal

incrementa las probabilidades de que el paciente esté satisfecho con la consulta y, en consecuencia, aumente su adherencia al tratamiento y mejore su estado de salud. Además, una buena relación interpersonal entre los médicos y los pacientes se asocia con menos referencias al especialista (Sans Corrales *et ál*., 2006). Este aumento en la satisfacción del paciente ha sido corroborado en años posteriores. En 2010, según el sistema de información Barómetro Sanitario, el nivel de satisfacción en la atención prestada por los médicos familiares fue de 86,2 %, en general, del cual 24 % fue considerado como mejor o mucho mejor de lo que esperaban (Infante y Cavalcanti de Aguiar, 2013).

Ante la exigencia de integralidad, enfoque preventivo y trato humanizado, desde sus inicios el médico familiar debió generar estrategias que le permitieran mayor conocimiento del paciente. Estas características, a su vez, eran importantes en el modelo de salud en que se basaba la reforma del sistema sanitario español. Una de ellas fue la continuidad, entendida como el seguimiento de problemas concretos de salud, ya que permitía dar una respuesta óptima en cada circunstancia, independientemente de "los múltiples vectores que confluyen en la consulta (ciencia y conciencia profesional, autonomía y expectativa del paciente, incertidumbre clínica, etc.)" (Gérvas, Pane y Sicras, 2007). Así mismo, se planteó la longitudinalidad como el seguimiento de la persona agregando el conjunto de problemas de salud que lo afectan a lo largo de la vida. Diferentes autores que han escrito sobre el tema de atención primaria en España coinciden en afirmar que tanto la continuidad como la longitudinalidad exigen fidelidad en la relación médico-paciente, aceptación de sus responsabilidades y gran capacidad de resolución de problemas de forma cercana y humana (Fajardo, 2007; Gérvas *et ál*., 2007; Pastor Sánchez, López Miras, Pérez Fernández y Gérvas, 1997).

Modelo de enseñanza centrado en atención primaria orientada a la comunidad

El desarrollo del modelo de enseñanza centrado en atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en Cataluña tiene dos momentos clave. El primero, es la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en 1978; y el segundo, la reforma de los servicios de atención primaria a partir de 1985.

Como se indicó en la sección de Modelo de atención y de prestación de servicios, pág. 152, sobre el modelo de atención y de prestación de servicios, dicha reforma avanza hacia un sistema en el que se divide a la población en áreas de salud de aproximadamente 20 000 o 30 000 habitantes, y el cuidado de la salud es proporcionado por equipos multidisciplinarios de atención primaria, integrados por médicos de familia, pediatras, enfermeras, una trabajadora social y personal administrativo. A finales de 1980, la implementación de la reforma alentó a un grupo de médicos de familia de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria a buscar una expresión apropiada del componente comunitario en la residencia y la práctica, pues en ese momento la APOC no era una política del sistema de salud catalán (Gofin y Foz, 2008).

A partir de 1993, algunas universidades de la comunidad autónoma de Cataluña incluyeron formalmente los principios de la APOC en el currículo de residencia de Medicina Familiar dentro de las regiones de Barcelona, Cataluña Central, Girona, Lleida, Tarragona, Torres del Ebrey Aceba, de las cuales todas tenían cursos de APOC, exceptuando Lleida y ACEBA (Gofin y Foz, 2008).

A partir de 1993 algunas universidades de la comunidad autónoma de Cataluña incluyeron formalmente los principios de la APOC en el currículo de residencia de Medicina Familiar dentro de las regiones de Barcelona, Cataluña Central, Girona, Lleida, Tarragona y Torres del Ebrey Aceba, de las cuales todas tenían cursos de APOC exceptuando Lleida y ACEBA (Gofin y Foz, 2008).

Sin embargo, solo en 2004 los conceptos de APOC se integraron a la práctica. Ese año, algunos equipos de atención primaria de Cataluña crearon una red de centros de salud que participaron en proyectos de salud comunitaria. En 2008,

esta red contaba con 30 equipos en cuatro regiones diferentes que tienen la APOC como el principal modelo de desarrollo en sus prácticas (Gofin y Foz, 2008). Los equipos de la red fueron dirigidos por los profesionales que habían participado en los talleres de formación de APOC, o por médicos de familia formados con ese modelo en su programa de residencia. Desde 2004, la red se denomina AUPA (Actuando Unidos por la Salud). De los 30 centros, 11 son parte del programa de residencia en Medicina Familiar, y utilizan sus programas comunitarios para enseñar medicina comunitaria mediante el enfoque APOC, correlacionando así los conceptos teóricos sobre este modelo con la implementación práctica (Gofin y Foz, 2008).

En esta experiencia catalana, Gofin y Foz (2008) identificaron los siguientes factores favorables: 1) la relevancia del enfoque APOC para el sistema de salud y la reorientación de los servicios de salud, ambos generados por el proceso de reforma; 2) la medicina familiar desempeñó un papel clave tanto en los servicios de atención primaria como en la organización y funcionamiento de los equipos de atención primaria; 3) la estructura y organización de los talleres se basó en situaciones reales; 4) los tutores de los talleres estaban altamente capacitados en el enfoque.

En 2009, se realizó un estudio en 15 de los 43 centros existentes. Se concluyó que, aunque heterogéneos, los centros tienen en común que los docentes son profesionales con una gran motivación en el trabajo comunitario. Los factores relevantes en su desarrollo incluyen la integración de la medicina comunitaria con la cotidianidad, la formación y experiencia previa del equipo en el campo comunitario el apoyo directivo, el reconocimiento profesional, la participación comunitaria y la colaboración intersectorial. Hay un beneficio por pertenecer a la red AUPA, gracias al intercambio de experiencias y proyectos entre los equipos y el reconocimiento que han logrado (López, Forcada, Miller, Pasarin, Foz *et ál*., 2010).

Síntesis

El sistema de salud español es de carácter público. Lo administra el gobierno y se descentraliza en las provincias autónomas que tienen una organización coherente con lo propuesto por la OMS para el desarrollo de la APS. Antes de la reforma de 1974, el sistema se consideraba precario y los pacientes manifestaban niveles de insatisfacción altos, debido a la despersonalización de la relación médico-paciente. Además, era evidente un cambio demográfico con tendencia al incremento de una población adulta mayor.

La transformación del sistema incluyó inicialmente una reforma hacia la seguridad social, cuyo proceso terminó en 1974. Se continuó con su direccionamiento hacia la APS con la inclusión del médico de familia y la creación de la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en 1978 y con la reforma de estructuras básicas en 1984 en la que se adjudican poblaciones a los centros de salud y a los equipos de atención primaria.

Desde la reforma de 1986, con la Ley General de Sanidad que creó el Sistema Nacional de Salud, predomina el concepto de derecho a la salud sobre otros intereses, y se facilita la implementación de la APS de forma exitosa, con poca participación privada. Los cambios han sido progresivos y han consolidado el desarrollo de centros de salud acordes a la estrategia. En estos centros, el equipo integrado por el médico de familia y una enfermera de atención primaria cuenta con el apoyo de otros profesionales encargados de la rehabilitación, la atención a la mujer, la odontología, la salud mental, la salud pública y las especialidades clínicas.

El modelo de organización de servicios se basa en una puerta de entrada fuerte, organizada en dos niveles: atención primaria, y especializada. A los pediatras se les asigna los menores de 14 años, y a los médicos familiares, el resto de la población; y estos, acompañados de las enfermeras, son los encargados de direccionar la atención que se requiere. Esta organización, en general, recoge conceptos de medicina centrada en la persona y, en algunas provincias, también de atención primaria orientada a la comunidad. Presenta además experiencias interesantes en cuanto a la articulación con las especialidades.

Con la implementación de la atención primaria, la figura del médico familiar se hizo necesaria. Sin embargo, los médicos familiares en formación o recientemente graduados de las primeras cohortes se vieron enfrentados a escenarios de práctica inadecuados, por lo que tuvieron que organizarse y aportar al desarrollo de los centros de salud hasta posicionarlos como el escenario de práctica de 50 % de su formación. También debieron afrontar la actitud crítica de grupos de médicos generales e internistas que no entendían el rol y la importancia de esta nueva especialidad.

A pesar de esto, la especialidad se ha consolidado rápidamente, no solo con los avances cualitativos dados por la infinidad de publicaciones científicas, actividades investigativas y la agremiación, sino también con los avances cuantitativos, como lo ha sido el crecimiento progresivo de egresados y en formación. Este crecimiento empezó a darse ante la necesidad de regular el ejercicio de la medicina en España dado que, en el contexto de la Unión Europea, las directivas estaban dirigidas a la especialización en Medicina General.

El nacimiento del programa de Medicina Familiar estuvo acompañado de una construcción ideológica, cimentada en la participación comunitaria, un modelo holístico de salud y un enfoque netamente preventivo, donde se considera la atención a la familia y a la comunidad como competencias específicas de la formación del especialista en cuanto a formación, docencia e investigación. Por ello, sus competencias se traducen en su alta responsabilidad de acompañamiento al paciente y su familia, coordinación y continuidad de la atención, y en la creación de criterios de remisión o derivación a otras especialidades.

La importancia que alcanzó la medicina preventiva con una mirada comunitaria generó que los especialistas en medicina familiar y comunitaria se fortalecieran, teniendo sus propios lugares de trabajo y de formación. Esto les permitió superar la dependencia hospitalaria y fomentar el óptimo desarrollo de la atención primaria por medio del liderazgo y la excelencia científica, así como el uso eficiente de los recursos sanitarios.

El médico familiar en España puede desempeñarse en diferentes campos de intervención, como coordinador de equipos multidisciplinarios en atención domiciliaria. Allí su conocimiento de herramientas epidemiológicas y de la salud pública facilita una práctica correcta y eficiente. También está en capacidad de brindar apoyo en las actividades de gerencia, para mejorar la accesibilidad y optimizar la utilización de los recursos.

La resolutividad del médico de familia está dada por su formación especializada y su preparación para prestar atención de salud de gran calidad científica, con un enfoque integral de los problemas y situaciones de salud de individuos, familias, grupos sociales y comunidades en general. El foco de la medicina familiar en los centros de salud es la integralidad del individuo como persona, sin perder la visión comunitaria.

La Sociedad Española de Medicina Familiar se ha caracterizado por trabajar de manera interdisciplinaria e intersectorial, lo que le ha permitido fortalecerse y convertirse en autoridad en cuanto a publicaciones, investigación y direccionamiento hacia los médicos familiares españoles.

La medicina familiar y comunitaria es un área de conocimiento, y no la suma de retazos de todas las demás, que reequilibra la formación basada en el hospital, y le facilita la elección vocacional a quienes vayan a ser médicos familiares, y aumenta su conocimiento entre quienes no lo sean. Inicia al estudiante en el ejercicio del pensamiento crítico en el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, en el conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria, lo mismo que en la integración de las actividades preventivas, curativas y paliativas.

A 2015, no existe en España el área de departamentos de medicina familiar, y las cátedras en pregrado asignadas a médicos familiares son débiles y casi utópicas. Para darle mayor valor a la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, es necesario abrirle campo y darle un área de conocimiento en las universidades mediante la consolidación de un cuerpo docente de medicina familiar y comunitaria en 100 % de las facultades de medicina. Esta es una tarea pendiente para dar continuidad a la formación del generalista.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sp.html

Casado, V. (2014). La formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria en el marco de la cobertura universal de salud en España. Conferencia virtual. 17-24 de julio de 2014. OPS/OMS/CIMF. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/VeronicaCasado.pdf

Comín, J. (2013, febrero). *¿Programa Itera en qué consiste? El modelo de atención al paciente crónico y la gestión de patologías*. Programa curso Itera Colombia. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Fajardo, A. (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en la atención primaria en la década de 1980* (tesis para optar al doctorado en Salud, Antropología e Historia). Editorial de la Universidad de Granada. Recuperado de https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/16925506.pdf

Fernández, A. (2013, abril). Simposio XVI de Actualización en Psiquiatría, Salud Mental y Calidad de Vida. Conversatorio sobre atención primaria y salud mental. Universidad El Bosque.

Fuertes, C. y Casado, V. (2003). The family and community medicine specialization in 2004 with the application of a new training program. *Anales del sistema sanitario de Navarra,* 26(2), pp. 291-294. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12951625

García, S., Abadía, B., Durán, A. y Bernal, E. (2010). *España. Análisis del sistema sanitario 2010*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT2010_ESP.pdf

García, L. A., Loma, J. M., Pérez, M., González M., S., González L., E., Adán, J. y García, F. (2010). Atención primaria en España e Inglaterra; aprender de las diferencias: Opinión de médicos de familia españoles con experiencia en ambos países. *Aten Primaria,* 42, 111.

Gené-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Sampietro-Colom, L., Catalán-Ramos, A., Sans-Corrales, M. & Pujol-Ribera, E. (2006). Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Family Practice*, 24(1), pp. 41-47. Recuperado de http://www.fampra.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/fampra/cml056

Gérvas, J. y Ortún, V. (1995). Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Atención Primaria*, 16, pp. 501-507.

Gérvas, J., Pané, O. y Sicras, A. (2007). Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin* (Barc), 128(14), pp. 540-544. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307726507

Gofin, J. y Foz, G. F. (2008). Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. *Fam Med*, 40(3), 202. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18320398

Gómez, T., y Ceitlin, J. (1997). La medicina de familia en España. *Medicina de familia: La clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC-CIMF, 1997.

Gonzalez, J. d. D. (2008). El desarrollo de la medicina de familia en España. Si, 10(3), 77.

Hart, J. T. (1990). Primary medical care in Spain. *The British Journal of General Practice*, 40(335), p. 225.

Infante, A. y Cavalcanti de Aguiar, A. (2013). ¿Es necesaria una segunda reforma de la atención primaria en España? *Ciência & Saúde Coletiva,* 1(18), pp. 17-23.

Palomo, L. (2002). La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gac Sanit*, 16(2), pp. 182-187. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000200012&lng=es.

Lillo, J. M. y Rodríguez, M. d. C. (2016). Estadística de gasto sanitario público 2014: Principales resultados. Unidad responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario/docs/EstadGastoSanitPublicPrincResult.pdf

López Torrent, E., Forcada Vega, C., Miller, F., Pasarin Rua, M. I., Foz Gil, G. y coordinadores de los equipos comunitarios de los centros AUPA. (2010). Factors involved in the development of the community projects. observational study of the catalonian primary care centers AUPA network. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 42*(4), pp. 218-225. Recuperado de doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2009.07.015

Lorenzo-Cáceres, A. y Otero Puime, Á. (2007). Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): Análisis temático y bibliométrico. *Rev. Esp. Salud Publica, 81*(2): pp. 131-145. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000200004

Martín, A. y Jodar, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria*. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier.

Mendoza García de Paredes, M., Cladellas, M., Clèries, M., Bustins, M., Badosa, N., Comín, J., Verdú, J. M., Bruguera, J., Ferré, S. y Vela, E. (2014). Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: Análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Revista Española de Cardiología,* 67(4), pp. 283-293.

Recuperado de http://www.revespcardiol.org/es/eficacia-un-programa-integrado-hospital-atencion/articulo/90283554/

Oliver, A. C. (2001). Medicina de familia y medicina de urgencias. *Atención Primaria,* 27(1), pp. 58-61.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory* (GHO) data. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Kloppe, P., Brotons, C, Anton, J. J., Ciurana, R., Iglesias, M., Piñeiro, R. y Fornasini, M. (2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria: Comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Atención Primaria, 36*(3), 151. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-promocion-salud-atencion-primaria-13077483

Pastor Sánchez, R., López Miras A., Pérez Fernández, M. y Gérvas, J. (1997). Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Revista Española de Salud Pública, 71*(5), pp. 479-485. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500006

Real Decreto 220 de 2013, de 22 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1753 de 1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de médico especialista en medicina familiar y comunitaria y sobre el ejercicio de la medicina de familia en el sistema nacional de salud, fijando el 31 de mayo de 2013 como fecha límite en el plazo de presentación de solicitudes de admisión de los aspirantes al título. (2013). Recuperado de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-3211

Real Decreto 931 de1995, de 9 de junio, por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en medicina familiar y comunitaria de los licenciados en medicina a partir del 1 de enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias. (1995). Recuperado de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=-BOE-A-1995-14598

Ruiz, R., Pérula de Torres, L. A. e Inmaculada, J. M. (2007). The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *Journal of General Internal Medicine, 22*(1), 91.

Sans Corrales, M., Pujol Ribera, E., Gené Badia, J., Pasarín Rua, M. I., Iglesias Pérez, B. y Casajuana Brunet, J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice, 23*(3), pp. 308-316. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16461452

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [semFYC]. (2005). *Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Guía de formación de medicina*. Madrid: semFYC Ediciones.

Terol, E., Hamby, E. F., Sacristán, A., Sanz, M. S., Gil, D. y Paniagua, M. (2001). An organizational model for a primary care program of home health care in Spain: A description of the program. *The Health Care Manager,* 20(2), pp. 18-27.

Soler, M. (1997). Medicina de familia, ¿y comunitaria? *Aten Primaria,* 20(10), 527.

Verhaak, P. F. M., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. M. y Gask, L. (2004). Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: Access to primary mental health care in six European countries. *European Journal of Public Health, 14*(2), pp. 134-140. doi:10.1093/eurpub/14.2.134

Lista de tablas

Tabla 2.4. Indicadores demográficos y de salud de España (2010-2014).....146

Lista de siglas

APOC: Atención Primaria Orientada a la Comunidad

AUPA: Actuando Unidos por la Salud

MIR: Médico Interno Residente

semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Cuba

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Dario Enrique Botia Rojas

Nubia Stella Jiménez Garay

July Andrea Velándia Toca

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

Cuba es un país insular del Caribe, ubicado en el mar de las Antillas. Tiene una extensión terrestre de aproximadamente 110 860 km^2. A su alrededor hay pequeñas islas, denominadas cayos, como Coco, Guillermo, Largo del Sur y Jutia. Limita al norte con Estados Unidos y Bahamas, al oeste con México, al sudeste con la Isla Española, también conocida como Santo Domingo, y al sur con las Islas Caimán y Jamaica (Oficina Nacional de Estadística, 2014). Está organizado en quince provincias y un municipio especial. La Habana es la capital y la ciudad más poblada. La base naval de Guantánamo es propiedad de Cuba; sin embargo, Estados Unidos la obtuvo en arrendamiento (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

La población estimada en 2014 era de aproximadamente 11 047 251 habitantes pertenecientes a tres grupos étnicos: blancos, mestizos y negros. Según estadísticas del 2012, estos grupos se distribuían así, respectivamente: 64,1 %, 26,6 % y 9,3 %. El idioma oficial es el español, 85 % de la población profesa el catolicismo y el 15 % restante corresponde a judíos, protestantes, testigos de Jehová y santeros.

La distribución estimada para 2014 por grupo de edad era:

- 0-14 años: 16,3 % (hombres 923 602 / mujeres 873 156)
- 15-24 años: 13,6 % (hombres 770 515 / mujeres 732 056)
- 25-54 años: 47,1 % (hombres 2 618 089 / mujeres 2 581 895)
- 55-64 años: 12,6 % (hombres 551 637 / mujeres 602 658)
- 65 años y más: 12,3 % (hombres 625 330 / mujeres 768 313) (CIA, 2014).

El modelo económico cubano tiene como objetivo principal garantizar la supervivencia del socialismo. Una estrategia para lograrlo radica en realizar intercambios de diferente naturaleza con países amigos. Por ejemplo, Venezuela le suministra 100 000 barriles de petróleo por día y, en contraprestación, Cuba aporta 30 000 profesionales en medicina a su sistema de salud (CIA, 2014).

La Tabla 2.5 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 2.5. Indicadores demográficos y de salud de Cuba (2010-2015)

Indicador	Cuba
Población total (miles)	11 047 251 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	100 (2010)[b]
Expectativa de vida (años)	79,1 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	4,0 [3,6-4,4] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	39 [33-47] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	9,9 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	7,64 (2014)[a]
Médicos por 1000 personas	6,72 (2010)[c]

Enfermeras por 1000 personas*	9,05 (2010)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	8,8 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	93,0 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	13,4 (2013)[c]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	7,0 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	561 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] "Sistema de salud de Cuba", por E. Domínguez y E. Zacca.

[c] *Global Health Observatory (GHO)* data, por Organización Mundial de la Salud.

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes

La historia de este sistema de salud se remonta al periodo colonial (1492-1898), con el modelo del facultativo de la semana, creado en 1825 por médicos y cirujanos de guardia para atender a pacientes de escasos recursos residentes en los distritos de La Habana. En 1871, surgió el modelo de casas de socorro y dispensarios que prestaba atención ambulatoria a enfermos que no podían ser hospitalizados (Rivero, Marty, Morales, Salgado y Acosta, 2010).

En el periodo republicano burgués (1940-1958), se fundó el primer Ministerio de Salud del mundo, y siguió vigente el modelo de casas de socorro y dispensarios, que empezó a funcionar en la mayoría de las ciudades del país, pero no en las zonas rurales. En este contexto surgió la figura de la enfermera visitadora, a pesar de que aún no existía una concepción integral de los servicios médicos, y solo había un número limitado de servicios externos. En 1902 se fundó el dispensario Tamayo, y comenzó la experiencia docente en atención primaria (Rivero *et ál*., 2010).

Hacia el final de este periodo existían tres sistemas nacionales de salud: uno privado, que brindaba una excelente medicina asistencial a las clases de la oligarquía gobernante; uno de salud mutualista, que ofrecía medicina asistencial de calidad variable a la burguesía media y grupos de mayores ingresos de la clase obrera; por último, un sistema de salud estatal, que cubría los servicios de medicina asistencial del proletariado y el campesinado de manera ineficiente (Rivero *et ál*., 2010).

En 1959, después del Triunfo de la Revolución cubana, se creó el Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria, y se desarrollaron programas de control y erradicación del paludismo. Un año después, inició la cobertura con servicios médicos a las áreas rurales del país, y se implementaron programas contra las enfermedades infecciosas. En 1964 se fundó el primer policlínico integral en la comunidad, que se fundamentaba en acciones preventivo-curativas. En la década de 1970 aparecieron los programas básicos, como el de atención integral al niño, a la mujer, al adulto y al adulto mayor, el programa de control de enfermedades transmisibles, el programa de higiene urbana y rural, y el de medicina del trabajo (Luna, Sierra y Gandul, 2009). Un año después, iniciaron los programas centrados en la atención integral por ciclos vitales (Rivero *et ál*., 2010).

Desde 1969, este es un sistema único de atención: está orientado a ofrecer servicios integrales, y se basa en el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo cual garantiza a la población el acceso universal y gratuito en todos los niveles de atención. El Estado administra el

sistema por medio del Ministerio de Salud, que dirige, ejecuta y controla el cumplimiento de las políticas en las unidades de atención médica, en donde el médico general integral tiene un papel protagónico (Domínguez y Zacca, 2011; Dresang, Brebrick, Murray, Shallue y Sullivan, 2005).

Estructura

El sistema cubano cuenta con tres niveles administrativos de atención, con cobertura del 100 %. La atención primaria da solución al 80 % de los problemas de salud en unidades de subordinación municipal, donde los consultorios son responsabilidad del médico y la enfermera de familia. La atención secundaria se encarga del 15 % restante de la problemática en salud, y se desarrolla en las unidades de subordinación provincial, cuyo objetivo es diagnosticar, tratar tempranamente, prevenir complicaciones y promover la rehabilitación inmediata. El tercer nivel está a cargo de las unidades de subordinación nacional, y proporciona una cobertura aproximada del 5 %. Allí se atienden las complicaciones y secuelas; su unidad de atención son los hospitales especializados, donde puede asistir la población de todo el país.

Financiación

El sistema de salud cubano es financiado en su totalidad con recursos del gobierno nacional, ya que este tiene la obligación de garantizar el acceso y la cobertura del ciento por ciento de la población, independientemente de sus ingresos. El Ministerio de Salud Pública distribuye los recursos en los tres niveles de atención. La asignación del producto interno bruto a salud (PIB) es del 10 %, según estadísticas de 2014, y tiene indicadores en salud similares a los que presentan países desarrollados (CIA, 2014; Dresang *et ál*., 2005).

Modelo de atención y de prestación de servicios

Aunque no se diga en las normas de salud vigentes de forma explícita, el modelo de atención cubano está basado en los principios de la atención primaria (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 35), y se ha consolidado a partir de los cambios realizados en el periodo revolucionario. Busca garantizar el 100 % de cobertura, ofrecer acceso gratuito y enfocarse en la promoción y prevención. Se basa en la Ley 41 del 13 de julio de 1983 (Capítulo II, Artículo 13), según la cual se establece que el sistema de salud debe tener un enfoque preventivo-curativo, y organizarse por niveles de atención de tal forma que se le garantice a la población una atención integral de forma ambulatoria u hospitalaria, independientemente de lugar de residencia, ocupación y necesidades (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2014; Bravo, 1983).

Desde su origen, el modelo de prestación de servicios está organizado en tres niveles que permiten su articulación con el modelo de prestación de servicios en la práctica. La puerta de entrada se desarrolla en el consultorio, donde un médico familiar y una enfermera de familia atienden la consulta; cada provincia tiene asignado un médico, a quien originalmente se le asignaban 120 familias, aunque en la práctica la población inicial estuvo entre 150 y 200 familias, es decir, unas 600 personas.

Con un enfoque centrado en la promoción y prevención de la enfermedad, el modelo busca extender la atención médica a diferentes escenarios como escuelas, sitios de trabajo y, principalmente, el hogar. Tiene la finalidad de ampliar la cobertura a la población que presenta dificultades de acceso a servicios de salud, promover la participación de la comunidad y disponer de instalaciones aptas para capacitar a los profesionales desde el pregrado, y de esta manera fortalecer la calidad de la atención en la puerta de entrada (Dresang *et ál*., 2005; Luna *et ál*., 2009; Sánchez y Denis, 2008; Sansó, 2005).

Este esquema cumple con las características de la atención primaria orientada a la comunidad (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 46). Los objetivos son mantener la salud, disminuir el número de consultas por urgencias, mejorar la atención de enfermedades prevalentes y evitar complicaciones como secuelas y una pronta rehabilitación. Todo lo anterior converge en una atención personalizada, accesible y con enfoque preventivo (Gofin y Gofin, 2007; Sansó, 2005). Los policlínicos han sido una institución central en todo el desarrollo del modelo (véase sección Experiencia significativa Desarrollo de los policlínicos, pág. 204); por su parte, el médico general integral y la enfermera de familiar han sido fundamentales para desarrollarlo.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

A finales de 1983, el comandante Fidel Castro se propuso que existiera un médico capaz de atender a diferentes grupos de edad y en condiciones. Esto se materializó en una iniciativa que se denominó Plan del Médico de las 120 familias (Rivero *et ál*., 2010).

Según la voluntad política, social y económica, en Cuba siempre ha existido la intención de formar médicos familiares; sin embargo, la idea solo se consolidó entre 1983 y 1984, con el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de Familia, que permitió aproximar los servicios de salud a la población. La estrategia básicamente consiste en asignar una

población a un equipo de salud conformado por el médico y la enfermera de familia. Esta generó los cambios dirigidos hacia un estilo de vida saludable, que se reflejan en estadísticas epidemiológicas con disminución en tasas de morbimortalidad (González, 2010; Presno y González, 2007). En 1984 surgió la residencia de Medicina General Integral, con la formación de los primeros especialistas en el Policlínico Lawton, en la Ciudad de La Habana (Luna *et ál*., 2009).

El doctor Sansó (2005) identifica cuatro momentos que marcan el desarrollo de la medicina familiar en Cuba:

a. *Fase política (1984-1989)*: caracterizada por la dirección a cargo del comandante Fidel Castro, quien mantuvo contacto con los médicos que iniciaron el programa en Lawton y en la Plaza de la Revolución. Se construyeron consultorios atendidos por médicos y enfermeras de la familia en toda la zona montañosa del país. En 1984 surgió la medicina familiar integral como especialidad, y tres años después inició el Programa de Atención Integral a la Familia.
b. *Fase de estancamiento (1990-1994)*: durante esta etapa no se promovieron encuentros entre médicos y enfermeras que contribuyeran a solucionar los problemas del novedoso plan, y se presentaron dificultades de orden económico y operativo. Se modificó la duración del Programa de Medicina Familia de tres a dos años.
c. *Perfeccionamiento metodológico (1994-2002)*: en junio de 1994 se realizó el primer Congreso Nacional de Medicina Familiar, y surgió la Sociedad Cubana de Medicina Familiar (Socumefa), que ha contribuido al desarrollo y fortalecimiento de la especialidad. Durante este periodo se desarrolló el proyecto cubano de Cooperación Médica Internacional.
d. *"Revolución" (2002-2004)*: se pone en marcha el proyecto de este nombre, concebido por el Ministerio de Salud Pública con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios médicos a

todos los ciudadanos, con una fuerte inversión en recurso humano y tecnología en los policlínicos.

Durante estos cuatro periodos cambió la proporción entre médicos familiares y generales: seis de cada diez médicos generales se especializaron en medicina general integral (Sansó, 2005), lo que constituyó una base para el posterior desarrollo de los policlínicos (véase sección Experiencia significativa Desarrollo de los policlínicos, pág. 204). A partir de septiembre de 2005, estas instituciones participan en la formación universitaria en medicina del primer año al internado, que es la base para continuar la formación del médico general integral. Los policlínicos se han desarrollado en un continuo, y son un punto de referencia para los esquemas de organización de servicios de los países que quieren fortalecer la APS (Rivero *et ál*., 2010). En la actualidad, esta sigue siendo una fortaleza de la formación del médico general integral en Cuba (2014).

Programa de Medicina General Integral

Con el triunfo de la Revolución cubana, el 1º de enero de 1959, se generaron diversos cambios en los ámbitos socioeconómicos que transformaron el sistema de salud. Uno de ellos consistió en implementar programas de atención primaria con el objetivo de mejorar la calidad de vida en centros rurales y urbanos. Veinticinco años más tarde, el comandante Fidel Castro observó los cambios epidemiológicos y decidió crear la especialidad en Medicina General Integral para facilitar la conversión de los médicos generales (González, 2010; Presno y González, 2007).

Este programa, aprobado en 1984, se basa en los objetivos y metas que había trazado un año antes la Escuela Latinoamericana de Medicina. Sus directores perfeccionaron el enfoque social de la medicina a fin de mejorar la relación médico-paciente, deteriorada por el desarrollo de tec-

nologías y subespecialidades. En ese modelo, el especialista se encarga de tratar patologías, fragmenta al individuo y deja de lado el aspecto biopsicosocial. Cuando se establece la medicina general integral como especialidad, renace el concepto de integralidad, y se adopta un enfoque preventivo por medio de la promoción de la salud, y se involucra al individuo y a la comunidad en el autocuidado y la identificación de problemas, y se brindan tratamientos oportunos para disminuir las secuelas y complicaciones (Castro, 2010).

Posterior a la creación de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, en 1994, los directores del programa consideraron pertinente dar la oportunidad a estudiantes de sexto año de pregrado de realizar una práctica en la que atendieran un sector de la comunidad, bajo la supervisión de un tutor de medicina general integral. En consecuencia, se modificó el perfil del egresado para que adquiriera un mayor número de competencias en comparación con el currículo normal. Con esto, al tener un médico mejor formado en el pregrado, la duración de la especialidad se pudo reducir de tres a dos años, sin dejar de lado el rigor y la calidad académica establecida por la especialidad (Castro, 2010).

En el programa se desarrollan diferentes actividades tanto académicas (cuatro horas semanales en sitios de rotación, y dos horas los sábados en la institución educativa), como asistenciales, con el fin de fortalecer las habilidades en resolutividad y satisfacer las necesidades de la población. Deben realizarse como mínimo cinco turnos en cada rotación, de variable intensidad horaria, excepto en los policlínicos donde se estableció un tiempo de 24 horas. Además, al módulo de medicina natural y tradicional, se le asignan seis semanas, con una intensidad de cuatro horas diarias, de lunes a viernes. (Castro, 2010).

En 2006 se establecieron 25 módulos, de los cuales 22 hacen parte del ámbito clínico; los tres restantes corresponden a un módulo de investigación, otro de docencia y uno de administración. La intensidad es de 4494 horas en total, que equivalen a 93 créditos. Se distribuyen en 2214

horas el primer año, y 2104 horas el segundo año, lo que corresponde a 46 y 44 créditos, respectivamente; al examen de graduación se dedican 176 horas de preparación (3 créditos). Se asigna una semana en cada semestre al estudio para los parciales. La evaluación es responsabilidad de docentes encargados de institutos y facultades de estudio (Castro, 2010).

El sistema de evaluación de la residencia en Medicina General Integral se rige por lo establecido en el Reglamento del Régimen de Residencia, mediante la Resolución 26 de 1994 del Ministerio de Salud Pública. La evaluación tiene tres instancias:

1. *Curso:* es mensual, y es el resultado de actividades académicas, docente-asistenciales correspondientes a cada módulo y rotaciones;
2. *Promoción:* se hace al final de cada semestre con un tiempo de dedicación de dos semanas para el examen práctico y una semana para el teórico;
3. *Graduación:* ocurre al concluir la residencia. Se debe entregar un trabajo de investigación y someterse a un examen teórico y uno práctico. En caso de no aprobar alguno, el residente tiene hasta dos oportunidades en un tiempo máximo de dos años para lograrlo (Castro, 2010).

Con respecto al perfil, los médicos generales integrales se consideran los guardianes de la salud, y su función consiste en estar presentes en todos los niveles de atención y usar allí sus conocimientos y habilidades de manera integral. Por lo general, se desempeñan como administradores de la unidad de atención, educadores de los pacientes y estudiantes a cargo, e investigadores de enfermedades prevalentes consideradas problemas de salud pública, con el fin de proporcionar soluciones que mejoren la calidad de vida y salud tanto del individuo como de la comunidad.

Este especialista debe caracterizarse por tener una concepción científica del mundo, no adoptar posiciones elitistas, satisfacer las necesidades de salud de la comunidad, cumplir y regirse por los principios de la ética médica con un espíritu de sacrificio, estar dispuesto a brindar atención en salud en donde su país lo determine, manifestar compasión y sensibilidad al dolor del otro, actuar con responsabilidad, sencillez, honestidad, y emplear nuevas tecnologías sin dejar de lado el aspecto biopsicosocial (Castro, 2010). De acuerdo con Nancy Medina (comunicación personal, enero de 2015)[10], el médico general integral debe estar en capacidad de dar información clara, sencilla y veraz al paciente y su familia sobre el estado de salud, para así cerciorarse de una adecuada coordinación y seguimiento desde el enfoque biopsicosocial; comprender que hay enfermos mas no enfermedades; brindar un trato humano; no subvalorar el problema del paciente y determinar cuándo realizar una junta médica con otros especialistas en caso que así se amerite.

Medicina familiar y atención primaria en salud

En Cuba, el médico general integral o médico familiar beneficia al sistema de salud, ya que permite aumentar la resolutividad, calidad y humanización en el nivel primario, y contribuye a articular las acciones individuales y colectivas de salud. Por medio de la medicina familiar, la población recibe la atención continua y permanente de un equipo según su situación, en el marco de sus relaciones familiares y comunitarias.

---

[10]. En 2015 la doctora Nancy Medina es residente de segundo año de la Especialización en Medicina familiar de la Universidad El Bosque. Es egresada de pregrado de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Escribió desde su experiencia un ensayo en el que compara el proceso de dispensarización de Cuba y el plan de Salud a Su Casa en Bogotá, donde describe en detalle el modelo cubano.

Ámbitos de desempeño

Cuba cuenta con más de 17 000 profesionales que apoyan el déficit de médicos de atención primaria en el mundo. En cierto momento, tuvo estrategias adaptativas para poder cubrir las plazas que requería el sistema de atención en salud, y responder así a las necesidades de la población. Con los ajustes realizados en cuanto al tiempo de preparación de los especialistas en medicina general integral, se alcanzó a suplir las necesidades tanto en el área rural como en la urbana.

En 2003 se llegó a la cifra de 30 000 egresados, que ha ido en aumento de forma paulatina; por ejemplo, en el 2011 se reportaron 36 438 especialistas (Fernández *et ál*., 2003). Según el Ministerio de Salud Pública, en el 2013 el programa de Medicina General Integral logró una cobertura aproximada de 99,4 % de la población cubana, con un total de 83 698 profesionales; de estos, el 15,9 % (13 382) eran médicos generales integrales que brindaban atención principalmente en área rural; de acuerdo a la Oficina Nacional de Estadística para 2014, en Cuba, por cada 133 habitantes hay un médico en (Oficina Nacional de Estadística, 2014). Sin embargo, tomando la cifra de 13 862 médicos generales integrales que ejercen su rol en territorio cubano, esta proporción aproximada es que por cada 826 habitantes hay uno de estos especialistas.

Dentro del perfil profesional, se incluyen funciones dadas por las características particulares del contexto, donde se desarrolla el modelo de atención primaria de salud. Estas funciones son:

a. *Atención integral de salud:* promoción y prevención de salud, diagnóstico oportuno y atención médica a factores de riesgo, patologías prevalentes, así como la rehabilitación temprana a la persona, familia y comunidad, por la cual responde ante la sociedad.

b. *Docente-educativa:* planificación, organización, ejecución y control de las actividades docentes en el campo de la medicina general integral con los estudiantes de ciencias médicas de pregrado y posgrado.
c. *Investigativa y administrativa:* se desarrolla en correspondencia con las necesidades y perspectivas del Sistema Nacional de Salud, a partir de los principales problemas presentes en la comunidad.

Estas funciones se desempeñan en consultorios ubicados en áreas urbanas, rurales y zonas montañosas, en compañía de una enfermera. El médico familiar reside y trabaja dentro de una comunidad, y tiene asignada, en promedio, una población de de 600 a 700 habitantes, entre niños, adultos y ancianos. El médico familiar y la enfermera se subordinan al policlínico u hospital rural a cuya área pertenecen y donde establecen relaciones de trabajo con las familias (Segredo, 2012).

En cuanto al salario, en principio, todos los especialistas ganan lo mismo. La diferencia se establece con base en la realización de maestrías, doctorados o publicaciones, o por desempeñarse como funcionario docente, asistencial o de investigación. A esta diferenciación se le denomina "especialista de primero y segundo grado", lo cual aplica para todas las especialidades (Fernández *et ál*., 2003).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

La base del sistema de salud cubano son el médico general integral y la enfermera, quienes prestan servicios de promoción y prevención en los tres niveles de atención, además de brindar una atención oportuna, gracias a que caracterizan y analizan la situación en el sector asignado mediante su participación en consejos populares. Este ejercicio da la oportunidad de conocer y percibir la enfermedad desde la perspectiva social y humana, que identifica factores tanto internos como externos que intervienen en el

proceso de salud y enfermedad. Por otra parte, se puede realizar un seguimiento de forma ambulatoria en la casa o durante las hospitalizaciones; con esto se logra una mayor adherencia a los tratamientos desarrollados por un equipo multi e interdisciplinario que involucra a la comunidad (N. Medina, comunicación personal, enero de 2015).

La principal tarea del médico general integral es la dispensarización, que busca realizar el registro de los individuos y sus familias, evaluar de forma periódica su estado de salud y establecer la frecuencia de atención. Los pacientes se clasifican en cuatro grupos: en el primero, se ubican las personas sanas; en este caso, el médico general integral debe identificar riesgos, y educar en prevención y promoción mediante una consulta externa anual. Al segundo grupo pertenecen los pacientes con factores de riesgo; ellos reciben dos consultas externas y una en casa. El tercero reúne pacientes enfermos, quienes son atendidos en tres consultas externas y una domiciliaria. El cuarto grupo lo integran personas en condición de discapacidad, quienes tienen derecho a dos consultas externas y a dos en casa (N. Medina, comunicación personal, enero de 2015).

Para el seguimiento también se tienen en cuenta la edad y la condición: por ejemplo, las gestantes cuentan con un seguimiento estricto que comprende doce consultas externas y doce domiciliarias; en el puerperio se ofrecen tres consultas externa y nueve en casa; por su parte, los adultos mayores se benefician con dos consultas externas y una domiciliaria (N. Medina, comunicación personal, enero de 2015). Las actividades que realiza el médico familiar se amplían a continuación, donde se describen las actividades del equipo básico de salud en el modelo de los policlínicos cubanos.

Desarrollo de los policlínicos

En Latinoamérica, Cuba es modelo en cuanto a adopción de sistemas basados en medicina familiar. También lo es, en este sentido, por sus logros, su organización y su resolutividad, con escasa inversión económica. Cabe indicar que en esta organización de servicios la unidad básica de atención es el policlínico, el mismo que se proyecta a la comunidad a través del consultorio médico de la familia y del Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia.

En cada policlínico existe un grupo básico de trabajo multidisciplinario, conformado por especialistas en medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría. Otros profesionales participantes son un médico general integral, un licenciado en psicología, una enfermera supervisora, un técnico de estadísticas, un técnico en higiene y epidemiología, así como un técnico en trabajo social. El equipo cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la población (N. Medina, comunicación personal, enero de 2015).

El contacto continuado con todos los miembros de las familias asignadas humaniza esta atención, y la rentabiliza notablemente en lo referente a las actividades preventivo-promocionales. Las familias son atendidas tanto en el consultorio como en sus domicilios, que es un escenario fundamental en el modelo cubano. El médico y la enfermera de familia, apoyados por el equipo del policlínico, constituyen el centro de acción y núcleo funcional en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Así, entre ambos niveles consiguen cumplir con el propósito de prestar servicios de salud ambulatorios con un sentido integral, sectorizados, dispensarizados, en equipo, y con plena participación comunitaria (N. Medina, comunicación personal, enero de 2015).

Para llegar a constituir este modelo, se debió pasar por diferentes periodos, cada uno asociado a un tipo de policlínico:

- policlínico integral.
- policlínico comunitario.
- policlínico del médico y la enfermera de familia.

Policlínico integral (1964-1974)

La idea del policlínico integral se comenzó a implementar en 1964, en respuesta a una organización por programas

que hacía difícil integrar la promoción y la prevención con la atención de las enfermedades. En los policlínicos se realizaban actividades docentes de pregrado y de posgrado con la participación de especialistas en pediatría, gineco-obstetricia y medicina interna.

Policlínico comunitario (1974-1984)

En 1974, se creó un modelo experimental en el Policlínico Comunitario Alamar, con el desarrollo de la función docente en la formación de especialistas básicos en la comunidad. Este modelo se extendió al resto de La Habana y a todo el país (Luna *et ál*., 2009; Rivero *et ál*., 2010). Durante esta época, los policlínicos acercaron las especialidades básicas a la comunidad (ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y estomatología), y avanzaron hacia la implementación de algunos elementos característicos de la APS.

El avance hacia la APS se observa en el enfoque integral, en la responsabilidad de la población y en el trabajo en equipo. Los progresos hacia la integralidad estuvieron dirigidos tanto a incluir aspectos preventivos, curativos y psicosociales como a reconocer las condiciones ambientales que interactúan con el individuo y la comunidad en su proceso de salud y enfermedad. Los policlínicos también hacen énfasis en un servicio regionalizado, sectorizado y continuo, porque se basan en la asignación de una población a un equipo, y se le delega la corresponsabilidad de su cuidado. Incluyen la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar, ya que en ellos se prioriza la atención, de acuerdo con los problemas de salud agudos y crónicos que presenta la población (Batista, Sansó, Feal, Alcides y Corratge, 2001).

La corresponsabilidad de la población permite a los policlínicos consolidar una actitud de equipo en todos los integrantes. Se forman grupos primarios para actividades específicas, se establecen acciones proyectadas a la comunidad como visitas domiciliarias y a escuelas, y se articulan las atenciones individuales a la salud pública, que incluyen el estado de salud de la población asignada. Todas las actividades requieren un diagnostico semestral que tiene como objetivos:

1. Identificar y priorizar los problemas y necesidades de salud.

2. Analizar y determinar los factores causales y de riesgo.
3. Planificar las acciones para eliminar o controlar esos factores y solucionar los problemas (Márquez *et ál*., 2011a).

También se establecen algoritmos para las situaciones más prevalentes, y esquemas de interconsulta; también se fortalece el modelo docente para especialidades (Márquez *et ál*., 2011a).

Los principales éxitos en esta etapa fueron la disminución de la mortalidad infantil, de 29,3 a 15,0 por cada 1000 nacidos vivos, y el desarrollo de la vigilancia epidemiológica con sus actividades de control (Márquez *et ál*., 2011a).

A pesar de los avances hacia la integralidad, en los años setenta se realizó una evaluación que indicó que los policlínicos no tenían la suficiente proyección comunitaria, que la resolutividad era baja, y que el profesional de la atención primaria era poco valorado. De acuerdo con los resultados, el trabajo en equipo no lograba consolidarse totalmente, y la atención seguía siendo predominantemente curativa (Luna *et ál*., 2009; Rivero *et ál*., 2010; Márquez *et ál*., 2011a).

Las dificultades identificadas en este periodo incluyen que el modelo no se instauró de manera uniforme ni óptima en todos los centros, que no se consolidaron verdaderos equipos de trabajo, y que la dinámica organizativa sectorizaba de manera inadecuada a la población, y por lo tanto, limitaba la continuidad. También se detectaron deficiencias en educación sobre cambios de estilo de vida, déficit tanto de recurso humano calificado en atención primaria como en infraestructura y dotación, e inestabilidad del personal médico que pertenecía a la plantilla del hospital. Como resultado de estas dificultades, no se logró superar el enfoque biológico asistencialista que permitiera hacer un abordaje integral en la consulta (Márquez *et ál*., 2011a).

Desde el punto de vista administrativo, a pesar de compartir el recurso humano entre policlínicos y hospitales, no ocurría así con la información sobre los pacientes, y se continuaba con remisiones innecesarias que congestionaban el sistema de salud con un incremento en el interés por especializarse y actuar en escenarios diferentes al de los policlínicos. Además, la rotación de los médicos en estos centros limitaba la continuidad

de la atención de la población asignada (Márquez *et ál*., 2011a).

Policlínico del médico y la enfermera de familia (1984-2015)

En 1984, por orden del comandante Fidel Castro, se comenzó a implementar el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La implementación se hizo primero en La Habana, y luego se extendió a las demás provincias (Luna *et ál*., 2009). De esta época es importante destacar el proceso de mejora en la sectorización, la conformación de equipos de trabajo con grupos multidisciplinarios de pediatría, medicina interna, ginecología, odontólogo, psicólogo, trabajo social y enfermería. Así, las especialidades básicas pasaron a ser parte de equipos interdisciplinarios que son denominados Grupos Básicos de Trabajo (GBT), conformados por quince o veinte Equipos Básicos de Salud (EBS), integrados por el médico y la enfermera de familia, graduados o en formación (Luna *et ál*., 2009; Márquez *et ál*., 2011b).

Para implementar este modelo, se requirió la capacitación del recurso humano. Para el caso del médico, esta se centró en especializarlo en medicina general integral. En la medida que se han formado más médicos generales integrales, estos se han ido consolidando como los líderes de los GBT (Márquez *et ál*., 2011b).

Al principio de esta etapa se crearon los Consultorios Médicos de la Familia (CMF), que incluyen la casa del médico y la enfermera, así como otros ámbitos como escuelas, centros laborales y de asistencia social. EL EBS, además de atender la población que llega al consultorio, se proyecta a la comunidad y hace visitas domiciliarias. Esta experiencia posibilitó que en 1992 ya existieran 18 503 médicos de familia, y que al finalizar el año 2000, se tuvieran 30 133 médicos generales integrales, y un número similar de enfermeras, que cubrían el 99,1 % de la población (Márquez *et ál*., 2011b).

Esta época coincide con la crisis económica generada por la caída del bloque socialista en el mundo. El éxito de Cuba es poder mantener el modelo, a pesar de que no se contaba con los insumos adecuados para la atención y el mantenimiento de la infraestructura (Sansó, 2005).

En 2004 los policlínicos se convirtieron en el Policlínico Universidad,

principal centro de formación en los programas de Medicina, Estomatología, Psicología, Enfermería y todos los pertenecientes a las Tecnologías de la Salud. Esta modalidad se propone formar médicos generales integrales con un enfoque biopsicosocial, centrado en la comunidad y en la educación en el trabajo con la fusión de la docencia, la asistencia y la investigación. De allí que se preste atención en otros ámbitos, como la escuela, el trabajo y el hogar (Luna *et ál*., 2009).

En 2008, el número de policlínicos era de aproximadamente 500 en toda la isla, cada uno con una zona de captación de entre 30 000 y 60 000 personas, lo cual depende también de la zona y área que tienen a su cargo cada EBS, que puede contar con seiscientas o setecientas personas (aproximadamente doscientas familias) (Márquez *et ál*., 2011b; Sánchez y Denis, 2008). Esta función de formación la sigue cumpliendo hasta hoy (2015).

Esto se reflejó, en la parte asistencial, en el mayor número de consultas valoradas por el médico familiar, y dentro de estas se triplicó la consulta al niño sano. También se redujo la tasa de abortos inducidos, el índice de bajo peso al nacer y la mortalidad infantil. Además, se les realizó una captación precoz del embarazo al 96 % de las gestantes, lo que condicionó una mayor calidad en la atención prenatal, y se mejoró la calidad en la prescripción de medicamentos (Márquez *et ál*., 2011b). Estos cambios han tenido impacto en los indicadores demográficos de salud; por ejemplo, la expectativa de vida, que entre el 2002 y el 2005 era de 77,97 años. Belkis (2008) asegura que los buenos indicadores sanitarios de Cuba se deben a la importancia que el país asigna a la atención primaria con el desarrollo de los policlínicos, y que en estos cambios ha contribuido el binomio médico y enfermera de familia.

Síntesis

En Cuba existe un sistema único de atención en salud que ha logrado una cobertura universal, y es abanderado en poner en práctica los principios y fundamentos de la APS en su modelo de atención. Desarrollar este modelo requirió inversión en infraestructura, capacitación del recurso humano, establecer equipos de trabajo, y articular de manera adecuada los niveles de atención. El modelo de prestación de servicios tiene una puerta de entrada fuerte y resolutiva basada en la estrategia del médico y la enfermera de familia, establecida en 1984.

La atención médica es dispensarizada, es decir, clasifica a su población, incluidos los individuos sanos, y con base en esto programa las actividades para cada uno. El equipo básico de salud tiene funciones y contacto con organizaciones de la comunidad, especialmente con los concejos populares, en donde se analiza la situación de salud.

La formación de médicos generales integrales fue una necesidad para garantizar la integralidad, la continuidad y la coherencia del modelo que comprende promoción, prevención y atención de salud, sin desconocer los determinantes de la salud. El especialista en medicina general integral aborda todos los aspectos que afectan el proceso salud-enfermedad en cualquier ámbito: domiciliario y ambulatorio, e incluso, en seguimiento hospitalario. La atención se realiza de manera sectorizada y regionalizada, lo cual permite la interacción con hospitales de mayor nivel como complemento al programa de atención integral de la familia.

El policlínico ha evolucionado durante varias décadas, y se ha consolidado como el principal centro de prestación de servicios integrales, con la participación de un equipo multidisciplinario, y como el principal centro de formación para el recurso humano que requiere el modelo, e integra las áreas asistenciales, docente, investigativa y administrativa.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cu.html

Asamblea Nacional del Poder Popular (2014). Ley 41. Ley de la salud pública - prensa independiente de cuba / CubaNet news - noticias de Cuba / cuba news. Recuperado de http://www.cubanet.org/htdocs/ref/dis/41_salud_publica.htm

Batista, R., Sansó, F., Feal, P., Lorenzo, A. y Corratge, H. (2001). La dispensarización: Una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17(2), pp. 109-120. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200001

Bravo, F. (1983). Ley 41. Ley de la salud pública. Recuperado de http://www.cubanet.org/htdocs/ref/dis/41_salud_publica.htm

Castro, R. (2010). Decreto Ley 271 de las Bibliotecas de la República de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba, 30*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352010000300001

Domínguez, E. y Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53(2), pp. 168-176. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012

Dresang, L. T., Brebrick, L., Murray, D., Shallue, A. & Sullivan Vedder, L. (2005). Family medicine in Cuba: Community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 18(4), 297-303. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15994475

Fernández, M. A., Mazón, J. J., Ponce, E. R., Hernández, I., Lizcano, F. J. y Domínguez del Olmo, J. (2003). Curso semiescolariza-

do de especialización en medicina familiar (CuSEMF) en México (1993-1999). *Atención Primaria*, 31(2), p. 119. doi:10.1016/S0212-6567(03)79148-3.

Gofin, J. y Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2-3). Recuperado de https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/

González, L. (2010). La especialidad de medicina familiar en la formación de los recursos humanos en Cuba. 34(3), pp. 404-406. Recuperado de https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_dez_la_mf_en_la_formacion_de_los_rh_en_cuba.pdf

Luna, E. C., Sierra, D. y Gandul, L. (2009). La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200016

Márquez, M., Sansó, F. y Galbán, P. (2011a). Los modelos de atención del policlínico integral y del policlínico comunitario en Cuba. En M. Márquez, F. Sansó y P. Galbán. (eds.). *Medicina general medicina familiar: Experiencia internacional y enfoque cubano* (pp. 67-82). La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de http://blogs.sld.cu/patricia/files/2011/07/medicina_general_medfam_completo1.pdf

Márquez, M., Sansó, F. y Galban, P. (2011b). Modelo cubano de medicina familiar (1984-2002). En M. Márquez, F. Sansó y P. Galbán. (eds.). *Medicina general medicina familiar: Experiencia internacional y enfoque cubano* (pp. 83-123). La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de http://blogs.sld.cu/patricia/files/2011/07/medicina_general_medfam_completo1.pdf

Oficina Nacional de Estadística (2014). Anuario estadístico de Cuba. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.one.cu/aec2013/esp/20080618_tabla_cuadro.htm

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO)* data. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Presno, C. y González, L. (2007). Medicina familiar en Cuba: Comienzo, presente y futuro. *Atención Primaria, 39*(5), 265. doi:10.1157/13101802.

Rivero, O., Marty, I., Morales, M., Salgado, A. E. y Acosta, N. (2010). Antecedentes históricos de la medicina familiar. *MEDICIEGO*, 16(2). Recuperado de http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1196

Sánchez, B. y Denis, T. (2008). La atención primaria de salud en Cuba. Su evolución histórica. Recuperado de http://www.ilustrados.com/tema/12731/Atencion-Primaria-Salud-Cuba.html

Sansó, F. J. (2005). Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200012

Segredo, P. I. (2012). La medicina general integral y su enfoque social y humanista. *Revista Cubana de Educación Médica Superior, 26*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200011

Lista de tablas

Tabla 2.5. Indicadores demográficos y de salud de Cuba (2010-2014) 190

Lista de siglas

EBS: Equipos Básicos de Salud

GBT: Grupos Básicos de Trabajo

Socumefa: Sociedad Cubana de Medicina Familiar

México

Carolina Velásquez Guzmán

Allison Vanessa Acevedo

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Luisa Paulina Quintero Meza

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

México es una república representativa y democrática. Está conformada por 31 estados libres, unidos por un pacto federal, y el Distrito Federal. Limita al norte con Estados Unidos, al sur con Guatemala y Belice, al este con el Golfo de México, y al oeste con el Océano Pacífico. Con una superficie total de 1 964 375 km^2, es el decimocuarto país más extenso del mundo, y el undécimo en cuanto a población, con 120 286 655 millones de personas, según lo estimado a julio de 2014 (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

La distribución estimada para 2014 por grupos de edad era:

0-14 años: 16,3 % (hombres 923 602 / mujeres 873 156)

15-24 años: 13,6 % (hombres 770 515 / mujeres 732 056)

25-54 años: 47,1 % (hombres 2 618 089 / mujeres 2 581 895)

55-64 años: 12,6 % (hombres 551 637 / mujeres 602 658)

65 años y más: 12,3 % (hombres 625 330 / mujeres 768 313) (CIA, 2014).

La Tabla 2.6 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 2.6. Indicadores demográficos y de salud (2011-2015)

Indicador	México
Población total (miles)	120 286 655 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	77,2 (2013)[b] (IMSS 33,7; INSSSTE 2,2; Seguro Popular 34,7)
Expectativa de vida (años)	76,7 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	11,3 [10,1-12,7] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	38 [34-42] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	19,02 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	5,24 (2014)[a]
Médicos por 1000 personas	2,10 (2011)[c]
Enfermeras por 1000 personas*	2,50 (2011)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	6,2 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	51,7 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	15,4 (2013)[c]

Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	44,1 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	344 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras
n.v.: nacidos vivos
PIB: Producto Interno Bruto
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.
[b] "Canada: Health system review. Health systems in transition", por G. P. Marchildon.
[c] *Global Health Observatory (GHO)* data, por Organización Mundial de la Salud.

Generalidades del sistema de salud

Estructura

El sistema de salud mexicano es mixto. El sector público lo integran las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud, Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional y Fuerzas Armadas (Sedena) y Secretaría de Marina (Semar). El sector privado está conformado por una amplia red de consultorios, farmacias y hospitales, en general mejor equipados tecnológicamente y con más recursos dirigidos a clases medias y altas (Gómez, Sesma & Becerril, 2011).

Las familias de los trabajadores formales, tanto activos como jubilados, son beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren aproximadamente a 48,3 millones de personas; en 2011, el IMSS ofrecía atención a más del 80 % de esta población (Gómez *et ál*., 2011).

Financiación

En el sector público, los empleados formales cotizan cuotas obrero-patronales. Estas corresponden a los porcentajes que aportan el trabajador y el empleador sobre el valor del salario. Por su parte, los desempleados o los empleados informales pagan un porcentaje menor en salud, que se establece con base en la calificación obtenida en una encuesta socioeconómica. Las personas catalogadas como pobres son subsidiadas en su totalidad por el Estado. En contraste, en el sector privado, los usuarios pueden pagar directamente en el hospital en el que fueron atendidos mediante planes de salud ofrecidos por diferentes pólizas privadas o por empresas de medicina prepagada.

Modelo de atención y de prestación de servicios

En 1984 se reformó la Ley General de Salud Mexicana. En ella se establece que uno de los objetivos primordiales del sistema es integrar los diferentes servicios que se prestan en todo el país bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Nueve años después, el Congreso aprobó una nueva reforma a la Ley General de Salud para cubrir por un tiempo a la población mexicana excluida de la seguridad social convencional. Así, por primera vez en la historia del sistema moderno se buscaba brindar igualdad de oportunidades a todos para participar en un seguro público de salud.

Con esto se pretendía democratizar el sistema con base en el principio de que la atención debe garantizarse a los mexicanos independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral, y se daba respuesta a los retos de disminuir la proporción de gastos de bolsillo e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud. Para ello se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal (Gó-

mez, *et ál*., 2011). Aunque esta ley no define explícitamente un modelo de APS, sus objetivos son coherentes con los preceptos de la atención primaria.

El sistema de salud mexicano está organizado en tres niveles de complejidad. El primero está conformado por unidades de atención médica ambulatoria, que constituyen el contacto inicial con el sistema. Estas unidades van desde un solo consultorio hasta conglomerados de treinta o más consultorios y cuentan con servicios como laboratorio clínico, radiología básica, ecografía, medicina preventiva, actividades de salud pública, farmacia y central de esterilización, además de equipos de tecnología como los de imágenes y ayudas diagnósticas, área de administración, y en algunos casos aulas. En estas unidades trabajan médicos generales, médicos familiares, médicos residentes, así como enfermeras y técnicos.

El médico familiar en este nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud y quien orienta las interconsultas y remisiones a otras especialidades y demás niveles de complejidad. La mayor parte de las consultas médicas corresponden a los médicos generalistas, quienes resuelven una gran cantidad de problemas de salud sin necesidad de remitir al paciente a una atención especializada. Además, son responsables de realizar una parte importante de las actividades de salud pública; entre ellas la vigilancia epidemiológica y el control de brotes epidémicos, fundamentales para el control de las enfermedades (Gómez *et ál*., 2011). De acuerdo con Miguel Ángel Fernández (2014), se asignan 2000 a 2500 pacientes por consultorio, o un médico familiar por cada 500 o 600 familias, y esta asignación se le hace tanto a especialistas en medicina familiar como a médicos generales no especializados.

El segundo nivel de atención se encuentra conformado por una red de hospitales generales donde se solucionan la mayor parte de problemas y necesidades de salud que demandan hospitalización o atención de urgencias. Allí la atención se basa en cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia. Estos hospitales

tienen un mayor grado de complejidad que las unidades del nivel anterior; por ejemplo, cuentan con servicios como sala de urgencias, admisiones, servicio de hospitalización, banco de sangre, central de esterilización, salas de cirugía y de partos, farmacia y área de consulta externa. También se atienden consultas relacionadas con algunas subespecialidades médicas como dermatología, neurología, cardiología, geriatría y cirugía pediátrica (Gómez *et ál*., 2011).

El tercer nivel de atención está integrado por una red de hospitales de alta complejidad con diferentes subespecialidades médicas y equipos de apoyo diagnóstico y terapéutico, inexistentes en el segundo nivel. Estos hospitales pueden especializarse en un área específica, como los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias, Geriatría y de Rehabilitación (Gómez *et ál*., 2011).

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

La medicina familiar surgió en 1954 con un modelo de atención denominado "médico de familia del IMSS" que buscaba organizar el trabajo del médico familiar por zonas de atención. En este, el profesional se encargaría de atender una zona determinada con un número definido de pacientes en el servicio de consulta externa o mediante visita domiciliaria. Dicho modelo se ensayó exitosamente con los médicos que laboraban en Nuevo Laredo, estado de Tamaulipas, razón por la cual desde entonces se aplica a toda la población asegurada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Rodríguez, Fernández, Mazón y Olvera, 2006).

En 1955, el IMSS dio su aprobación para experimentar en forma más amplia el sistema médico familiar en dos clínicas del Distrito Federal. Entre los nuevos elementos, el más notable consistía en la adscripción de una población definida, sin importar la edad o el sexo, a cada médico de familia (Quiroz y Irigoyen, 2008).

En 1971, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en alianza con la Universidad Autónoma de México (UNAM), comenzó la formación de especialistas en medicina familiar para incrementar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y brindar a la población atención médica más humana y de calidad. Con esto se buscaba favorecer la educación de los pacientes, así como la promoción y prevención en salud.

En la VI Conferencia Mundial de Medicina General-Medicina Familiar, realizada en México en 1974, la asamblea anual de la OMS afirmó que el médico familiar representa el elemento central del desarrollo de la medicina institucionalizada. Ese mismo año, la residencia en Medicina Familiar fue reconocida como una especialidad médica por la UNAM. En 1975, se fundó el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de dicha universidad, cuyo objetivo principal era participar en la elaboración del programa de enseñanza del posgrado y crear un convenio con el IMSS y el ISSSTE (Chávez, 2005; Fernández *et ál*., 2003).

El programa formal del posgrado comenzó en 1980, inicialmente en dos sedes: el Centro de Salud Portales, con 24 alumnos y la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, con 30 estudiantes. En 1987, siete años después, el Instituto estableció el sistema de atención en medicina familiar en las cuarenta clínicas del Distrito Federal y lo amplió el año siguiente a todas las unidades médicas de primer nivel de atención del país (Fernández *et ál*., 2003).

Uno de los principales problemas en este proceso fue el desequilibrio entre la demanda de especialistas en medicina familiar y el número de especialistas egresados con capacidad de trabajar. En 1987, solo el 9,6 % de todos los médicos que trabajaban en el Instituto eran especialistas en

medicina familiar y los demás eran médicos generales o especialistas de otras áreas de la medicina. El ISSSTE consideró que un sistema de atención basado en medicina familiar sin especialistas suficientes en esta disciplina ponía en riesgo la calidad de los servicios. Por esta razón, en 1992 la UNAM y el Instituto firmaron un convenio de colaboración para implementar un curso de especialización en medicina familiar de reconversión de médicos generales del instituto, bajo una modalidad semiescolarizada (véase sección Características de los programas académicos, pág. 223). El programa educativo estuvo a cargo del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM (Fernández *et ál*., 2003).

En 1988, con el aval de la Academia Nacional de Medicina de México, se creó el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMCMF), y en 1994 se fundó el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (Quiroz, 2008). En ese momento existían en el país más de 13 500 médicos familiares. Entre 1988 y 1993, el Consejo Mexicano certificó a 682 especialistas, lo que equivale, aproximadamente, a 5 % del total de médicos familiares de México para ese entonces (Fernández *et ál*., 2003).

En 1994, también por consenso, la Facultad de Medicina de la UNAM, las instituciones de salud y los consejos mexicanos de especialistas diseñaron un plan educativo y curricular único de todas las especialidades médicas, conocido como Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM). Este documento, aprobado por el Consejo Universitario ese mismo año, permitió tener un perfil uniforme del médico familiar en todo el país y facilitó el establecimiento de mecanismos estandarizados de acreditación de los médicos egresados, como la recertificación.

Este es un proceso continuo que busca garantizar la seguridad del paciente y mantener la calidad del servicio prestado por los especialistas en medicina familiar egresados mediante la aplicación de un examen de conocimientos anual. El examen o proceso de recertificación puede ser solicitado en cualquier momento del año en las oficinas del Consejo, en las sedes permanentes o en las asociaciones y los colegios constitutivos,

y se aplica a todos los especialistas en medicina familiar, sin importar la modalidad de residencia en que se hayan formado (Rodríguez *et ál*., 2006).

En el país existen diversas agremiaciones que reúnen a los médicos familiares. La más antigua, fundada en 1957, es la Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar. Otras agremiaciones nacionales son: Asociación de Medicina Familiar Mexicana, Asociación Nacional de Médicos Residentes y Especialistas en Medicina Familiar, entre otras. En el 2006 el Colegio Mexicano de Medicina de Familia, miembro de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y de la Organización Mundial de Médicos de Familia (Wonca), creado en 1994, agrupa 39 asociaciones constitutivas en todo el país. En el 2000 se creó la Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar (Rodríguez *et ál*., 2006).

Características de los programas académicos

La educación en medicina familiar en México se desarrolla tanto en pregrado como en posgrado. En el primer nivel se enseñan los siguientes temas: perspectivas del tratamiento integral del paciente, la pareja, sexualidad y ciclo evolutivo, y el enfoque integral de problemas de salud familiar: visión clínica y epidemiológica. Durante los meses del internado, los estudiantes rotan por unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y por centros de salud de la Secretaría de Salud. Sin embargo, cabe aclarar que estas rotaciones durante el pregrado no hacen parte de las diferentes modalidades de la especialización (Rodríguez *et ál*., 2006).

El segundo nivel de formación se desarrolla en dos modalidades: la primera es la especialización en Medicina Familiar tipo residencia médica (véase sección Especialización en Medicina Familiar tipo residencia médica, pág. 225). La segunda está dirigida a los médicos generales en ejercicio

que tienen una población asignada a su consultorio. Se conoce como programa de reconversión de médicos generales, curso de especialización en medicina familiar para médicos generales o curso semiescolarizado (Véase secciones Programa de reconversión de médicos generales y Experiencia significativa Programa de reconversión de médicos generales, págs. 226 y 230) (Fernández, 2014; Rodríguez *et ál*., 2006).

El programa de especialización es reconocido por todas las universidades públicas. La mayoría ha adoptado el Plan Único de Especialidades Médicas de la UNAM. Por tanto, el perfil de egreso es común para las dos modalidades. Este comprende tres logros educativos principales que se esperan como efecto del proceso de educación: orientación profesional humanista, formación intelectual y desempeño operativo del médico especialista.

Estos logros se alcanzan mediante una estrategia didáctica centrada en la solución de problemas. Se propone lograr que el egresado sea un médico especialista altamente competente en medicina familiar para:

- Emplear con eficiencia el conocimiento y las técnicas de la atención médica de manera apropiada en las circunstancias que afronta en su práctica profesional.
- Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad, aplicándola con pertinencia a su práctica profesional diaria con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- Intervenir en el desarrollo de proyectos de investigación médica orientados hacia la solución de problemas significativos de su especialidad.
- Interactuar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinarios procurando integrar su quehacer con el trabajo de los demás profesionales del área.

- Participar en acciones de educación dirigidas a los pacientes, así como en la difusión del conocimiento médico a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.
- Basar y sustentar su ejercicio profesional en los principios del humanismo considerando la integridad biológica y psíquica del individuo en su interacción constante con la sociedad.
- Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico (UNAM, 2009).

Se espera que el egresado desarrolle una mayor capacidad e interés en educar a sus pacientes y guiar a su población hacia la toma de conciencia sobre su estilo de vida; también que sea resolutivo e integral y que brinde un trato humano al paciente y a su familia.

Especialización en Medicina Familiar tipo residencia médica

Desde su creación, tiene una duración de tres años. Como criterio de ingreso, el aspirante debe presentar un examen de selección y no superar los cuarenta años de edad. La formación se basa en el Programa Único de Especializaciones Médicas de la UNAM. Requiere dedicación de tiempo completo, ya que en este caso los residentes no tienen un puesto laboral, por lo que deben permanecer en su unidad básica o centro de rotación durante toda la jornada, así como durante los turnos nocturnos o de fin de semana que tengan asignados. Cabe resaltar que, bajo esta modalidad, los residentes están becados para poder dedicarse de manera exclusiva a su formación (Fernández, 2014).

La mayor parte del tiempo los residentes permanecen en su sitio de rotación, donde la actividad académica se centra en la participación del alumno en la prestación de atención médica de alta calidad a los pacientes

y a sus familias, así como en la reflexión con los miembros del servicio por el que está rotando acerca de los problemas de salud que presenten sus pacientes. Esta actividad incluye además las sesiones académicas propias de cada servicio por el que se rota, tales como revistas médicas, revisiones de tema o presentación de casos clínicos importantes (UNAM, 2009).

Este trabajo de atención médica en las rotaciones hospitalarias se realiza a lo largo de los tres años que dura la residencia y su propósito principal es entrenar al residente en la aplicación de conocimientos y en el desarrollo de aptitudes y destrezas profesionales necesarias para el desempeño en una práctica idónea. Para este proceso, se asignan 35 horas semanales durante los dos primeros años, y 33 horas durante el tercero (UNAM, 2009).

Entre las áreas de la salud o servicio por los cuales rota el residente se encuentran: medicina familiar, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, salud pública, urgencias, y áreas quirúrgicas tales como cirugía general, urología, otorrinolaringología y ortopedia. También en los últimos semestres rotan por otros servicios tales como medicina paliativa, geriatría y atención del adulto mayor (UNAM, 2009).

Programa de reconversión de médicos generales

El programa de reconversión es similar al de la modalidad de residencia en aspectos tales como la duración (tres años), el enfoque educativo, el plan de estudios que siguen (PUEM) y las rotaciones clínicas que realizan, así como en la importancia dada a la investigación. Se basa en un esquema de educación y formación en servicio, con acompañamiento de un tutor, que es un médico familiar graduado. Entre sus funciones figura dar respuesta a interconsultas y atención al paciente ambulatorio en la consulta de la especialidad correspondiente, resolver inquietudes y asignar visitas domiciliarias.

El programa incluye rotaciones clínicas en áreas como medicina interna, pediatría, urgencias, cirugía general, medicina paliativa, salud pública y geriatría, entre otras, así como turnos hospitalarios durante 24 horas a la semana, distribuidos en jornada nocturna de doce horas o de fin de semana en horario diurno, y evaluaciones trimestrales (Rodríguez *et ál*., 2006; Chávez, 2005). También ofrece una rotación de cuatro meses por el servicio hospitalario del segundo nivel de atención en cada uno de los tres años del programa. El contenido teórico se aborda mediante casos clínicos reales o creados a partir de pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar o en la consulta de otras especialidades durante la rotación hospitalaria. Estas actividades académicas se realizan dos o tres veces por semana (Chávez, 2005; Fernández *et ál*., 2003).

Durante el periodo de rotación clínica, los residentes cuentan con una beca de tiempo completo para dedicarse exclusivamente a su formación y cumplir con las actividades hospitalarias, enfocadas al manejo y la atención integral del paciente y su familia. Como actividad complementaria, realizan investigación documental y búsqueda de bibliografía relacionada con los casos difíciles o más llamativos que se hayan atendido durante la consulta, que también es acompañada por el tutor (Chávez, 2005).

En los ocho meses restantes en cada uno de los tres años de especialización, el médico residente labora en su consultorio y realiza paralelamente actividades académicas divididas en sesiones grupales con los demás colegas. Durante estos meses ya no tiene el beneficio de la beca, ya que recibe su sueldo normal como médico de consulta externa. Dichas actividades grupales se desarrollan dos o tres veces por semana, por medio de la presentación de casos clínicos ante el resto del grupo o sesiones radiológicas.

También se realizan actividades relacionadas con el trabajo de investigación, que es requisito de grado para todos los residentes de las diferentes especialidades por exigencia de la División de Especializaciones Médicas de la UNAM. Este debe referirse a algún problema significativo de

su especialidad y contar con la revisión y aprobación de un tutor (docente). En el 2000, se implementó un modelo de formación de investigadores en medicina familiar con el propósito de dar pronta respuesta a las necesidades de formación de investigadores en el posgrado (Chávez, 2005; Ponce, Landgrave y Hernández, 2003).

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

El médico familiar mexicano se desempeña como médico de consulta externa en el primer nivel de atención, siendo la puerta de entrada al sistema de salud y el primer contacto del paciente con el sistema. Su importancia radica en que se convierte en el médico de cabecera de sus pacientes; además, es quien define la necesidad y pertinencia de una derivación a otra especialidad u otro nivel de atención. Sin embargo, así se derive al paciente, este regresará. También se desempeña como médico de urgencias, en actividades médico-administrativas como coordinador, en puestos directivos y como tutor y docente en la formación de las nuevas generaciones de especialistas en medicina familiar (Rodríguez *et ál*., 2006).

En cuanto a la capacidad de formación de médicos familiares, para el año 2011 había aproximadamente 39 000 especialistas. Se estima que en promedio ingresan 1200 a 1400 médicos a la residencia de medicina familiar cada año, y de estos, 200 a 400 se forman bajo la modalidad semiescolarizada o programa de conversión para médicos generales. Los restantes optan por la modalidad de residencia convencional (véase sección Características de los programas académicos, pág. 223). Con esto, se puede concluir que México tiene la capacidad de incrementar en un 3,3 % anual el número de médicos familiares (Fernández, 2014).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

Con base en las necesidades de la población y del sistema en salud, el país creó un modelo de atención centrado en atención primaria, donde la figura del médico familiar se reconoce como el eje, al ser el médico de cabecera de la población. No se encuentra descrita explícitamente esta función en la revisión bibliográfica, pero se puede inferir que, por estar ubicado en la puerta de entrada del sistema, es el primer contacto con los pacientes. Allí aporta su fortaleza clínica, su humanidad, su alta resolutividad y su enfoque dirigido a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En esta posición también contribuye con una adecuada gestión y utilización de los recursos en salud y, por ende, costo-efectiva para el sistema y para el país.

Programa de reconversión de médicos generales

Uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud ha sido formar médicos para la atención primaria y mejorar de esa manera la calidad técnica y humana del personal médico que trabaja en el primer nivel (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 43). La formación en medicina familiar fue la respuesta para los problemas de salud de algunas naciones. Esta tendencia internacional reforzó en México el impulso que ya se había dado con la residencia en Medicina Familiar. En la década de 1970, aunque ya existían médicos familiares egresados y estos ejercían como puerta de entrada en el sistema de salud, su número no era suficiente para responder a las necesidades del país y atender a toda la población. Por esta razón, se diseñó una estrategia novedosa de formación de recurso humano que permitiera transformar a los médicos generales que ya trabajaban en las instituciones de seguridad social en especialistas en medicina familiar. Surgió entonces el programa de reconversión para médicos generales que trabajaban con las instituciones de seguridad social del país. Esta estrategia tiene un enfoque de costo-beneficio atractivo, ya que eleva la calidad de la atención médica prestada y representa un incremento de las actividades de educación continuada y de actualización para el gremio (Chávez, 2005).

Este programa semiescolarizado, equivalente en sus competencias a la residencia médica clásica, fue desarrollado por la UNAM en el año 1993. Comenzó en el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Chiapas y se extendió a otras instituciones y municipios. Su duración inicial fue de dos años, pero se amplió a tres desde 2002.

Inicialmente fue dirigido a los médicos generales que trabajaban en instituciones de salud del primer nivel de atención del ISSSTE, con una antigüedad mínima de dos años y una población asignada a su consultorio. Otros criterios de ingreso son aprobar un examen de conocimientos médicos generales y no haber realizado ninguna otra especialización. Esta modalidad no precisa un límite de edad como criterio de ingreso (Fernández *et ál*., 2003; Fernández, 2014). El primer grupo estuvo conformado por 496 médicos de 25 sedes, de los cuales solo pudieron cumplir los requisitos 291. En

2001 ingresaron 2970 médicos de 164 sedes y egresaron 1707, para una tasa de éxito de 57,5 % (Fernández *et ál*., 2003).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), este curso semiescolarizado se inició en el año 2002 en 57 sedes con 960 estudiantes, de los cuales concluyeron el primer ciclo académico 332 alumnos (tasa de éxito del 35 %). La deserción se debió principalmente a la falta de becas durante el periodo de rotación hospitalaria, situación que fue corregida para el siguiente ciclo (2003-2004), en el cual hubo 50 sedes y 296 alumnos. Para el ciclo 2004-2005 se incluyeron 77 sedes con 560 alumnos, para un total de 1188 alumnos en los tres grados académicos (Chávez, 2005).

Evolución del programa

- 1994: se desarrolla la primera versión en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
- 1995: se extiende a médicos de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.
- 2001: inicia en la Secretaría de Salud (SSA) del Estado de Tabasco.
- 2002: comienza en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (es la institución más grande y lleva más de 22 500 médicos familiares formados para el 2014).
- 2004: inicia en la SSA del Estado de Querétaro.
- 2013: empieza en el Estado de Guerrero y el Hospital General de México.
- 2014: el IMSS impulsa el fortalecimiento del Modelo Médico Familiar (Fernández, 2014).

Este modelo de formación aporta elementos que pueden tomarse como ejemplo a seguir y pueden servir en el contexto de otros países, como Colombia, para desarrollar y consolidar estrategias de salud en lo que se refiere a la formación de médicos familiares. Algunos de ellos son: los cambios que se requirieron en la infraestructura del sistema de salud, el apoyo a nivel económico por parte del Estado, la construcción de las unidades de atención primaria (que cumplen un papel fundamental en la atención a los pacientes y en la formación de los residentes como centro principal de rotación y docencia), el fomento de la investigación en atención primaria, además de la formación y entrenamiento de tutores que dirigieran y supervisaran todo este proceso investigativo.

Síntesis

El sistema de salud mexicano es mixto. En el sector público, los empleados formales cotizan unas cuotas para salud mientras que los desempleados o empleados informales pagan un porcentaje en salud que se establece por medio de una encuesta socioeconómica. En contraste, en el sector privado las personas pueden pagar de manera particular mediante pólizas privadas o por afiliación a empresas de medicina prepagada.

Un paso trascendental para que el médico familiar encontrara su espacio en el sistema de salud mexicano fue el establecimiento, por parte de los aseguradores, de un modelo del "médico de familia". Esto evidenció la necesidad de desarrollar programas de formación para consolidar este recurso humano. Dicho proceso inició en 1971 y aún sigue evolucionando. Dos hechos han facilitado la implementación del modelo en general y la formación en medicina familiar de los médicos generales: la fortaleza del aseguramiento estatal y el carácter público de la Universidad Autónoma de México (UNAM).

El sistema de salud se basa en un modelo de atención primaria, donde el médico familiar es reconocido como el médico de cabecera. Está organizado en tres niveles de complejidad. El primero, está conformado por unidades médicas de atención ambulatoria, que constituyen el primer contacto de las personas con el sistema de salud. La mayor parte de las consultas médicas corresponden a las realizadas por los médicos del primer nivel de atención (médicos familiares y médicos generales), quienes desempeñan la función de puerta de entrada al sistema de salud y orientan las interconsultas y remisiones a otras especialidades y demás niveles de complejidad.

De acuerdo con la revisión de literatura, este sistema de atención basado en medicina familiar ha demostrado ser efectivo en la calidad de la atención, el manejo óptimo de recursos y su sustentabilidad mediante la formación masiva de médicos familiares. Sin embargo, no se han reportado

estudios sobre el impacto de los médicos familiares en la población atendida ni en el sistema de salud.

Existe en México un proceso continuo de certificación y recertificación que mantiene la calidad del servicio prestado por los especialistas en medicina familiar sin importar la modalidad de formación. Este es uno de los aportes más importantes de esta revisión sobre el desarrollo de la medicina familiar en México.

En cuanto a la formación de médicos familiares, es de resaltar el proceso desarrollado en corto tiempo para aumentar su número mediante el programa de especialización para médicos generales o programa semiescolarizado, desarrollado por la UNAM en el año 1993. Esto fue posible al contar con centros de práctica suficientes y exclusivos para sus residentes. Sería conveniente considerar este antecedente en caso de que en Colombia se tome la decisión de masificar esta especialidad.

Para terminar, es importante resaltar que una de las limitantes de mayor peso para decidir entrar y mantenerse en un posgrado médico en Colombia es la dificultad para sostenerse económicamente mientras el residente se dedica tiempo completo a estudiar. Esta limitante o barrera de acceso no existe en México, ya que en este país los residentes de medicina familiar cuentan con una beca de tiempo completo. Se necesita el apoyo económico del gobierno colombiano para lograr estas becas e incentivar a los médicos generales a especializarse.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mx.html

Chávez, V. (2005). Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. Revista *Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 43*(2), 180.

Fernández, M. (2014). Taller de formación de formadores en medicina familiar. Ministerio de Salud Pública de Colombia.

Fernández, M. A., Mazón, J., Ponce, E. R., Hernández, I., Lizcano, F. y Domínguez del Olmo, J. (2003). Curso semiescolarizado de especialización en medicina familiar (CuSEMF) en México (1993-1999). *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 31*(2), p. 119.

Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2) (supl. 2), pp. 220-232.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/programas/eness/2013/

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

Ponce, E. R., Landgrave, S., Hernández, I., Urrutia, M. E., Palomino, L. y García, M. C. (2003). La tutoría en investigación en la medicina de familia de México. *Atención Primaria*, 32(1), 54.

Ponce, E. R., Gómez, F. J., Irigoyen, A. E., Landgrave, S., Navarro, A. M. y Jiménez, I. (2005, mayo). *Estrategia para fortalecer la investigación en medicina familiar.* Atención Familiar. 30º Aniversario

del Departamento de Medicina familiar de la UNAM. XVIII Congreso Nacional y VII Estatal de Medicina Familiar. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm123/

Quiroz, J. R. y Irigoyen, A. (2008). Una visión histórica sobre la medicina familiar en México. *Artículos de Difusión-Med. Fam. & at. Prim, (1)*54.

Rodríguez, J., Fernández, Mazón, J. J. y Olvera, F. (2006). La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 38(9), p. 522.

Universidad Autónoma de México-Facultad de Medicina. (2009). Plan único de especializaciones médicas en medicina familiar. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/medfam_PUEM.pdf

Lista de tablas

Tabla 2.5. Indicadores demográficos y de salud (2008-2014) 216

Lista de siglas

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

PUEM: Plan Único de Especialidades Médicas

UNAM: Universidad Autónoma de México

Conclusiones sección 1

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Al comparar los indicadores generales en salud de estos cuatro países, se puede apreciar que México tiene una mayor población, menor cobertura en seguridad social, así como tasas de mortalidad infantil y de natalidad más altas con una menor expectativa de vida. Es el país con menos enfermeras por cada 1000 personas junto con Canadá, y cuenta con menos médicos por cada 1000 personas. Desde el punto de vista económico, presenta un menor gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y un mayor gasto de bolsillo por parte de los hogares. En general, estos indicadores son similares para Canadá, España y Cuba (véase Tabla 2.7).

Tabla 2.7. Comparación de algunos indicadores en salud de Canadá, España, Cuba y México (2010-2015)

Indicador	Canadá	España	Cuba	México
Población total (miles)	34 834 841 (2014 est.)[a]	47 737 941 (2014 est.)[a]	11 047 251 (2014 est.)[a]	120 286 655 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	100,0 (2011)[c]	99,5 (2010)[d]	10,00 (2010)[e]	77,2 (2013)[f] (IMSS: 33,7; INSSSTE: 2,2; Seguro Popular 34,7)
Expectativa de vida (años)	82,2 (2015)[b]	82,8 (2015)[b]	79,1 (2015)[b]	76,7 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	4,3 [3,7-5,0] (2015)[b]	3,5 [2,9-4,2] (2015)[b]	4,0 [3,6-4,4] (2015)[b]	11,3 [10,1-12,7] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	7 [5-9] (2015)[b]	5 [4-6] (2015)[b]	39 [33-47] (2015)[b]	38 [34-42] (2015)[b]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	10,29 (2014 est.)[a]	9,88 (2014 est.)[a]	9,9 (2014 est.)[a]	19,02 (2014 est.)[a]

Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	8,31 (2014)[a]	9,0 (2014 est.)[a]	7,64 (2014)[a]	5,24 (2014)[a]
Médicos por 1000 personas	2,07 (2010)[b]	4,95 (2013)[b]	6,72 (2010)[b]	2,10 (2011)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	9,29 (2010)[b]	5,66 (2013)[b]	9,05 (2010)[b]	2,50 (2011)[b]
Gasto total en salud como % del PIB	10,9 (2013)[b]	8,9 (2013)[b]	8,8 (2013)[b]	6,2 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	69,8 (2013)[b]	70,4 (2013)[b]	93,0 (2013)[b]	51,7 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	18,5 (2013)[b]	13,9 (2013)[b]	13,4 (2013)[b]	15,4 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	15,1 (2013)[b]	22,8 (2013)[b]	7,0 (2013)[b]	44,1 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	3991 (2013)[b]	1818 (2013)[b]	561 (2013)[b]	344 (2013)[b]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[c] "Canada: Health system review. Health systems in transition", por G. P. Marchildon.

[d] "España. Análisis del sistema sanitario 2010", por S. García, B. Abadía, A. Durán y E. Bernal.

[e] "Sistema de salud de Cuba", por E. Domínguez y E. Zacca.

[f] "Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013" por Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

[e] Domínguez y Zacca, 2011.

Por su parte, Cuba tiene el menor gasto de bolsillo y el mayor gasto del gobierno general en salud como porcentaje del gasto general en salud; también presenta una razón de mortalidad materna similar a la de México. En cuanto al gasto del gobierno en salud per cápita, las cifras indican marcadas diferencias. El menor gasto lo tiene México con 344 dólares; este valor aumenta 1,63 veces en Cuba, 5,23 veces en España y 11,6 veces en Canadá. Canadá tiene 2,2 veces este gasto respecto a España.

De acuerdo con lo anterior, el balance global en indicadores de salud es muy eficiente a favor de Cuba comparado con México y España, pues con un gasto en salud per cápita del gobierno de 561 dólares tienen indicadores similares a los de España y Canadá. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos datos son solo algunos indicadores que no están destinados a evaluar a profundidad los sistemas de salud y las razonas de sus gastos. Por ejemplo, Canadá es uno de los países con más baja densidad de población, y esto puede afectar la inversión que requiere hacer en salud.

Al comparar los cuatro sistemas de salud que tienen un *modelo basado en APS* con una amplia participación de los especialistas en medicina familiar, se evidencia que predominan los esquemas universales en salud (Canadá, España y Cuba), sobre los mixtos (México) y que, en los cuatro casos, el Estado desempeña un papel fuerte. Por ejemplo, en España y Cuba está presente desde la concepción del sistema hasta la prestación de servicios, lo que los caracteriza como sistemas nacionales de salud. Canadá tiene un sistema de aseguramiento estatal universal, y México un esquema de aseguramientos poblacionales diferenciados, también predominantemente estatal (véase Tabla 2.8).

Tabla 2.8. Comparación de características de los sistemas de salud y organización para la prestación de servicios en Canadá, España, Cuba y México

Indicador	Canadá	España	Cuba	México
Tipo de sistema de salud	Esquema universal (Seguridad Social Medicare)	Esquema universal (Sistema Nacional de Salud)	Esquema universal (Sistema Nacional de Salud)	Esquema mixto (diferentes esquemas de aseguramiento, trabajadores del Estado, trabajadores no estatales, seguro popular y otros)
Relación entre Estado y prestadores privados	El Estado es el único pagador, contrata con proveedores privados. Coadministradores privados Autoridades Regionales de Salud)	El Estado contrata y presta los servicios. Existen servicios privados con una baja participación; es diferente entre provincias.	El Estado se encarga de contratar. Oficialmente no hay prestadores privados.	El asegurador de encarga de contratar. Existen proveedores privados.
Descentralización administrativa	Sí (diferencias entre provincias)	Sí (diferencias entre provincias)	No	Los aseguradores administran
Adscripción territorial	Sí	Sí	Sí	Sí; cambia según el aseguramiento que le cubra
Conformación de equipos de APS en salud	Sí: en proceso, con diferentes esquemas.	Sí; es central el papel del médico y enfermera de familia.	Sí: es central el papel del médico y enfermera de familia.	Sí; no es explícito en los textos revisados.
Resolutividad en el primer nivel	80 %	90 %	80 %	No es explícito
Médico familiar en la puerta de entrada	Sí	Sí	Sí	Sí (50 %)

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la Tabla 2.8, en este grupo de países la *participación del sector privado* es variable: no existe en Cuba, es muy baja en España y en México está a cargo de proveedores y aseguradores. En Canadá, los prestadores son privados y son contratados por el seguro estatal; además, se requirió la existencia de unos coadministradores privados para armonizar la prestación en las redes de servicios, a los que se le han delegado responsabilidades administrativas.

Por otra parte, en su investigación sobre los sistemas de salud latinoamericanos, Anderson y colaboradores (2016) consideran que Cuba tiene un sistema integrado sin participación privada y México uno segmentado sin participación privada. En Canadá y España, hay un claro proceso de descentralización administrativa, en Cuba no se menciona y en México, que también es un estado federal, la administración está más en cabeza de los aseguradores que de los estados (véase Tabla 2.8).

Los cuatro países tienen una *población adscrita a un médico familiar*. El dato más claro pertenece a Cuba, donde se había planeado que un médico fuera responsable de 120 familias (aproximadamente 360 personas), pero terminó en alrededor de 200 familias por médico o sea unas 600 personas. En México se habla de una asignación de 2000 a 2500 personas por médico familiar.

Este grupo de países presenta un indicador positivo en cuanto al *número de habitantes atendidos por un médico familiar*. En diferentes fuentes, este valor oscila entre 2000 y 3500 habitantes por cada médico familiar. Canadá y Cuba tienen más de un médico familiar por cada 1000 personas, España más de uno cada 2000 y México uno por cada 3000. Si bien este indicador es favorable, se apoya en promedio la formación de más 1000 médicos familiares por año (véase Tabla 2.9).

Tabla 2.9. Número de médicos familiares y proporciones por habitantes en Canadá, España, Cuba y México

Indicador	Canadá	España	Cuba	México
Número de habitantes	34 834 841 (2014 est.)[a]	47 737 941 (2014 est.)[a]	11 047 251 (2014 est.)[a]	120 286 655 (2014 est.)[a]
Número de médicos familiares	35 366 (2010)[b]	28 405 (2014)[c]	13 382 (2013)[d]	39 000 (2011)[e]
Número de habitantes atendidos por médico familiar*	985	1681	826	3084
Número de médicos familiares en formación	1150 (2011)[f]	1.682 (2014)[c]	s.d.	1200 (2011)[e]
Años de duración de la especialidad	2	4	2	3
Número de médicos familiares esperado para la población (3500 personas por médico familiar)	9957	13 639	3156	34 368
Número de médicos familiares esperado para la población (2000 personas por médico familiar)	17 424	23 869	5524	60 143

* n.° de habitantes / n.° de médicos familiares

s.d.: sin datos

Fuente: elaboración propia con datos tomados de

[a] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[b] "Supply, distribution and migration of Canadian physicians" por Canadian Institute for Health Information, 2010.

[c] "La formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria en el marco de la cobertura universal de salud en España", por V. Casado, 2014.

[d] "Anuario estadístico de Cuba", por Oficina Nacional de Estadística, 2014.

[e] "Aplicación de la teoría a la práctica de la Medicina Familiar a través del razonamiento clínico (Sistema analítico y no analítico) – hacia una respuesta integral del médico familiar para aportar al cuidado primario de la salud", por M.A. Fernández, 2014.

[f] "On behalf of the triple C competency based curriculum task force. A national program evaluation approach to study the impact of Triple C", por I. Oandasan, 2013.

Las cifras correspondientes al *número de médicos familiares y al número de médicos familiares en formación* varían según las fuentes que se consulten y a menudo presentan variaciones inexplicables en años consecutivos. En el caso de Cuba, por ejemplo, los datos de la Oficina Nacional de Estadística pasaron de 36 000 médicos familiares en 2011 a cerca de 13 000 en el 2013. En el artículo "La medicina familiar en América Latina" (Ceitlin, 2006) ya se hablaba de más de 33 000 médicos generales integrales y de los programas de exportación de estos médicos a Latinoamérica. En México, en 2003, se reportaron 22 000 médicos familiares (Ortega *et ál*., 2011), en el 2006 se mencionaron 37 000 (Ceitlin, 2006) y en el año 2011 se publicó la cifra de 39 000 (Ortega *et ál*., 2011). De acuerdo con Ortega y colaboradores (2011), una posible razón de estas inconsistencias es la aparición de programas alternos de medicina familiar de dos años de duración.

Los *procesos de formación* en la especialidad comenzaron de manera escalonada en los cuatro países que conforman este grupo. El primero fue Canadá, en los años de 1960, casi al tiempo con los procesos de Inglaterra y Estados Unidos; le siguieron México y España, en la década los setenta y, por último Cuba, en los años ochenta.

En el caso canadiense, dos eventos son significativos para el cambio de rol que han experimentado los médicos familiares. El primero es la Ley Canadiense en Salud, de 1984, que tiene cinco principios coherentes con la APS: administración pública, exhaustividad en la cobertura de servicios, universalidad para los residentes, portabilidad a otros territorios y accesibilidad. El segundo, el acuerdo de Primeros Ministros del Plan Decenal de Salud, que en 2004 impulsó la APS e implicó cambios en los esquemas de organización en servicios y en el tipo de contratación. Con este, los médicos familiares se adaptaron a esquemas menos individuales, con mayor trabajo en equipo e interdisciplinario.

Por su parte, México tiene un primer antecedente en el modelo de atención denominado "médico de familia del Instituto Mexicano del Seguro Social" (derivado de un modelo estadounidense), implementado en 1954.

Sin embargo, casi dos décadas después, en 1971, comenzó la formación de médicos familiares para incrementar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. En 1974, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) reconoció esta residencia como especialidad médica, un año después fundó el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, y en 1980 abrió el programa formal del posgrado. En 1987, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) estableció el sistema de atención en medicina familiar en cuarenta clínicas del Distrito Federal; lo amplió el año siguiente a todas las unidades médicas de primer nivel de atención del país. En el 2014, más de 50 % de las unidades contaban con la presencia de especialistas en medicina familiar.

En España, el proceso de formación de médicos familiares inició en 1978, en parte, como respuesta a la crisis que vivía el sistema de salud y la atención despersonalizada que ofrecían los médicos generales. Ese año la constitución consagró la salud como un derecho, se creó el Ministerio de Sanidad y la transferencia de competencias a las comunidades autónomas. Durante el golpe de estado de 1981 se buscó implementar la APS y establecer un sistema único denominado Servicio Nacional de Salud. En 1984, el Real Decreto 137 de Estructuras Básicas de Salud promovió el trabajo en equipo dependiente de un coordinador médico. En 1986, la Ley General de Sanidad estableció el Sistema Nacional de salud y se pasó de un sistema de tres niveles de salud a un sistema de dos niveles: el primario y el complementario. Las propuestas de implementación de la APS hechas en la Conferencia de Alma Ata, en 1978, influyeron de forma importante y los residentes en formación presionaron para que se contara con sitios de práctica ambulatorios que a la postre se convirtieron en los centros de salud con una buena capacidad resolutiva como la puerta de entrada al sistema.

En Cuba, en 1984, después de diferentes pruebas para consolidar los policlínicos, Fidel Castro promovió el modelo del médico y la enfermera de familia en La Habana y en la provincia de Granma. El éxito de este programa haría que se extendiera a toda la isla. En 1990 comenzó el Pro-

grama Integral de Salud para ayudar a otros países, el tiempo de formación se redujo de tres a dos años y en el 2000 se puso en marcha el Proyecto Revolución, concebido por el Ministerio de Salud Pública con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios médicos a todos los ciudadanos, con una fuerte inversión en recurso humano y tecnología en los policlínicos.

En cuanto al *tiempo de duración de la especialidad*, este oscila entre dos y cuatro años, en los países que integran este primer grupo. En Canadá, que cuenta con programas de pregrado fuerte, se ha mantenido estable en dos años, y esto se considera una ventaja respecto a otras especialidades. Armiños y colaboradores (2016) mencionan que existe una polémica entre grupos que proponen aumentar a tres años y otros que consideran que esto desincentivaría a los aspirantes. En España, se pasó de tres a cuatro años con el fin de mejorar la resolutividad en la puerta de entrada. En Cuba, por el contrario, el tiempo de formación se disminuyó de tres a dos años. Esto se justificó por el aumento del tiempo de formación en atención primaria en el pregrado y un internado con mayor énfasis en atención primaria. En México, el curso semiescolarizado pasó de dos a tres años, para que sea equivalente en tiempo a la residencia clásica. El otro programa alterno de dos años se considera paralelo y es diferente al programa oficial de medicina familiar. En ninguno de los países se encontró información acerca del impacto que ha tenido en los servicios de salud el aumento o disminución del tiempo de formación, ni estudios que determinen el mejor plazo para lograr las competencias apropiadas del médico familiar.

Las fuentes consultadas también aportan información acerca de la *proporción de médicos familiares respecto a otras especialidades*. Canadá tiene el parámetro de que 50 % de los médicos deben pertenecer a esta especialidad, y ha estado alrededor de esta cifra desde hace varias décadas. Cuando se disminuye el número de aspirantes, se ofrecen incentivos. En España, se hace referencia a un 29 %. En Cuba, aunque las cifras son inconsistentes, el porcentaje de médicos familiares en relación con otras

especialidades, tomando las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (2014), oscila entre 48 % en 2010, y 16 % en 2013. Aunque en México no se encontró información oficial al respecto, se puede calcular que son alrededor de 15 % de los médicos del país, y que constituyen 50 % de los médicos de atención primaria, por lo que se llegaría a un 30 % de médicos de APS en el país; el otro 50 % serían médicos generales sin especializarse.

En Canadá, España y México, la medicina familiar no es requisito de otras especialidades, mientras que en Cuba lo es para cualquier otra especialidad clínica. Merece un comentario especial esta circunstancia, ya que los médicos familiares formados en la isla requieren año y medio de medicina familiar, y esta condición hace que tengan una titulación intermedia que produce confusión a la hora de establecer las estadísticas acerca del número médicos generales integrales y de analizar la equivalencia de esta especialidad comparando con otras respecto al tiempo de formación.

Los cuatro países cuentan con un *programa de medicina familiar unificado*; sin embargo, existe variantes internas; por ejemplo, Canadá tiene 17 programas, muchos de ellos para formar médicos familiares rurales. En México, existe un programa de capacitación semiescolarizado para médicos que están ejerciendo en atención primaria con una rigurosidad similar al programa clásico de residencia. En Cuba, los programas cortos de año y medio sirven de especialidad base a quienes quieren cursar este programa. En España existió, hasta el 2013, una vía alterna para acceder al título como especialistas de medicina familiar para médicos con experiencia en atención primaria mínima de cinco años y que completaran un curso de capacitación de 300 horas. Los esquemas de formación particulares pueden consultarse en el capítulo dedicado a cada uno de los países.

De acuerdo con lo anterior, en este primer grupo de países las modalidades alternas tienen, además de una justificación académica, una razón administrativa: la necesidad de contar con un recurso humano médico idóneo para prestar servicios en la puerta de entrada de los sistemas como lo requieren los modelos de atención basados en la APS.

Un componente importante de la formación en estos cuatro países se hace en escenarios de puerta de entrada; por ejemplo, Canadá cuenta con 150 centros de formación con esta característica, y se fortalece la tendencia de que el médico familiar se forme más en centros ambulatorios que en hospitales. En España, el programa estipula que mínimo 50 % de la formación debe hacerse en centros de atención primaria, y en Cuba se considera un porcentaje similar en el policlínico. En México, no se establece un porcentaje de tiempo, sin embargo, en el curso semiescolarizado, ocho meses de cada año se desarrollan en centros ambulatorios, es decir, 66 % de la formación. Armiños y colaboradores (2016) calculan que en México el porcentaje de formación en centros de APS es de 50 %.

La aparición de estos centros ambulatorios como principal escenario de formación ha dependido del desarrollo del modelo de prestación de servicios en cada país. En Canadá, el proceso de formación de centros con trabajo interdisciplinario ha permitido buscar espacios de formación conjuntos con otras disciplinas, y se está analizando cuáles son los mejores modelos para prestar servicios en salud en la puerta de entrada para convertirlos también en centros de formación. En España, hacia 1984, debido la formación masiva de médicos familiares y la insuficiencia de los centros de salud, no se contaba con suficientes centros de práctica. Los paros obligaron a conseguir recursos que permitieran convertir los centros de salud en centros de formación, y así poder terminar la residencia. En 1994 se inició la reforma para que más de un 50 % de las prácticas se realizara en estos centros ambulatorios.

En Cuba, el policlínico es el principal centro de formación, que se consolidó cuando se estableció el modelo del médico y la enfermera de familia. En México se basaron en la experiencia del médico de familia en la frontera con Estados Unidos para arraigar un modelo que ha sido la base para la formación de médicos familiares en los seguros sociales estatales. El desarrollo de estos servicios ha permitido que los programas curriculares puedan tener estos altos porcentajes de formación en los centros ambu-

latorios y migrar a esquemas académicos que difieren de las prácticas tradicionales que se desarrollan en el ámbito hospitalario. También ha hecho posible la integración de funciones de salud pública con la atención que se da en estos centros de puerta de entrada.

En los cuatro países las plazas para especializarse como médicos familiares cuentan con remuneración. Esto implica una disponibilidad presupuestal del escenario de práctica y de formación para que le pague la justa remuneración al residente y este pueda trabajar dentro de un modelo coherente con la APS. Las universidades acompañan con un modelo académico y verifican el cumplimiento de las competencias por parte de los residentes. La distribución de los tiempos entre lo académico y lo laboral es diferente en cada país; conocerlas a profundidad requiere un estudio adicional. En los cuatro países, las funciones de los residentes incluyen turnos.

Al revisar las experiencias de las sociedades científicas que agremian a los médicos familiares se identifica que, en Canadá y España, estas organizaciones son muy robustas, con más de 30 000 afiliados en Canadá, y alrededor de 19 000 en España. Sin embargo, estas cifras no son oficiales y pueden presentar inconsistencias entre ellas; por ejemplo, ese número de médicos familiares afiliados en España aparece en artículos publicados en Internet desde el 2003, sin que a la fecha (2016) se haya modificado.

El Colegio de Médicos Familiares de Canadá (CFPC, por su nombre en inglés) se derivó de su equivalente para médicos generales y participó en la reforma de 1984. En 1985, estableció los cuatro principios que rigen la formación y desempeño del médico familiar: es un especialista (clínico habilidoso) y un recurso definido para la atención de una población específica (mantiene la salud de la comunidad asignada); su rol central es la relación médico-paciente; la medicina familiar es una disciplina basada en la comunidad. El Colegio publica la revista *Canadian Family Physician*, su órgano oficial, y estableció los lineamientos curriculares para unificar los programas de medicina familiar basados en competencias, en un proceso

que inició en 2009, con un plan a corto plazo, hasta 2017. El plan a largo plazo debió comenzar en 2016.

En España, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) se creó con el fin de contribuir al desarrollo de la APS en el país. Aunque no tiene planteados unos lineamientos tan claros como el CFPC, fomenta la investigación, cuenta con una sección de publicaciones científicas con varias revistas y publicaciones dentro de las que se destaca la revista *Atención Primaria*, apoya el desarrollo de la APS y promueve la formación de estos profesionales. Cada comunidad autónoma tiene un representante de la semFYC, quien actúa como interlocutor de los asuntos relacionados con la APS. Aunque tanto el CFPC como la semFYC influyen de forma importante en el pregrado, los médicos familiares españoles hacen referencia a la necesidad de crear departamentos de medicina familiar para consolidar el trabajo a nivel universitario.

Por su parte, Cuba y México también tienen sociedades científicas que promueven la educación continuada, pero las fuentes consultadas no ofrecen información acerca de un número aproximado de afiliados. En México, el Colegio Mexicano de Medicina Familiar agremia por lo menos a 39 sociedades de esta especialidad. La Sociedad Cubana de Medicina Familiar tiene un órgano de difusión denominado *Revista Cubana de MGI,* mientras que en México la revista se denomina *Revista Mexicana de Medicina Familiar.*

En cuanto a esquemas de aseguramiento de la calidad, cada país de este grupo cuenta con una institución encargada de la certificación: el CFPC en Canadá, la Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes en España vía examen MIR (Médico Interno Residente) cuyos resultados son publicados por el Ministerio de Sanidad, y el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMCMF). En Cuba, el proceso es centralizado por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación Superior. En cuanto a los procesos de recertificación, se observan algunas diferen-

cias entre estos cuatro países. Este proceso no existe en España, y en Cuba las fuentes consultadas no lo describen. En el caso, canadiense es responsabilidad del CFPC. En este país y en México se realiza cada cinco años.

Los aportes que hace la medicina familiar al desarrollo de la APS en estos cuatro países son diversos. Por ejemplo, en Canadá la formación de los médicos familiares busca asegurar que estos profesionales puedan desempeñar los roles esperados en el sistema de salud. Para lograrlo, son fundamentales la estructura e implementación del Currículo Triple C y la definición tanto de los principios de la especialidad como de los roles que se espera puedan desempeñar los médicos familiares. También es significativa la ejecución de diversas estrategias para contrarrestar la disminución de médicos familiares que se estaba dando en la última década del siglo XX. Entre ellas, figuran la creación de grupos de interés en medicina familiar, la consolidación del rol de la medicina familiar en el currículo de pregrado, la integración de la medicina familiar y otras especialidades para trabajar y aprender juntos, así como el fortalecimiento del apoyo a los médicos familiares en el cuidado primario.

En España, el programa de Medicina Familiar está dirigido a fortalecer la APS y busca que sus egresados sean la base del sistema de salud y estén preparados para dar una buena atención al usuario, accesible, humana, integral y eficiente. Como experiencia significativa, se destaca el modelo de enseñanza centrado en atención primaria orientada a la comunidad (APOC). Esta es la experiencia catalana, que aunque no se ha generalizado, da la esperanza de integrar a la comunidad en el empoderamiento de su proceso de salud-enfermedad con la participación de médicos familiares.

De la experiencia cubana debe resaltarse el enfoque social de la medicina y el logro de la integralidad, al punto que la especialidad se denomina medicina general integral. La experiencia que genera un aporte significativo es la consolidación del policlínico como centro de atención y de formación con el modelo del médico y la enfermera de familia.

En México, para desempeñar su papel, el médico familiar debe encargarse de atender una zona determinada con una población definida, aledaña al área de influencia de la clínica a la que se encuentre adscrito como trabajador. De esta manera, su labor cobija tanto la atención del paciente, como el proceso salud-enfermedad del grupo familiar y la comunidad a la que este pertenece. Es representativa la experiencia del programa de reconversión de médicos generales, denominado curso semiescolarizado, con el que se apoya la formación de médicos que laboren en la puerta de entrada.

En este grupo de países la formación ofrecida por los programas de especialización ha sido fundamental para fortalecer los roles que pueden desempeñar sus egresados. En Canadá, el médico familiar es el primer contacto con el sistema de salud, proporciona cuidado integral, coordina la atención dentro del sistema, mantiene la longitudinalidad y la continuidad de atención de la población a su cargo y proporciona un enfoque centrado en la familia, orientado hacia la comunidad. Su principal rol lo cumple en la puerta de entrada, ya que tiene experticia clínica con un enfoque integral que incluye desde la promoción y la prevención hasta la rehabilitación. Humaniza la práctica médica, direcciona a los que atiende dentro del sistema de salud y coordina su cuidado; también hace un uso racional de los recursos de salud, con lo que contribuye a la estabilidad del sistema, y ha sido trascendental en la resolutividad en la puerta de entrada del sistema. El principal reto que tiene Canadá respecto al rol que cumple el médico familiar es integrar su trabajo a los equipos de atención primaria, en especial lograr su articulación con la labor de la enfermera de familia.

En España, este especialista también desempeña el rol de médico de cabecera y es el referente de la población mayor de 14 años para la consulta. Gracias a esto, realiza una actividad pluripotencial y capta personas con necesidades de acciones de promoción y prevención. Tiene un compromiso social con el uso eficiente de recursos y, apoyado en su capacidad resolutiva dentro de una adecuada organización de servicios de salud, dis-

minuye la necesidad de utilizar los servicios de urgencias, consultar otras especialidades y recurrir a los servicios hospitalarios.

España ha consolidado los equipos de APS y el trabajo en equipo con la enfermera de familia. Sin embargo, con la crisis económica europea, tiene el reto de mantener la calidad de los servicios y encontrar esquemas que generen más tiempo de interacción con los pacientes.

En Cuba, se resalta la resolutividad, calidad y humanización en la puerta de entrada proporcionada por el médico general integral y la enfermera de familia, que son el equipo base. Este equipo facilita la articulación de las acciones individuales y colectivas, integrando la clínica a la salud pública. Las funciones que cumple este especialista incluyen la atención integral en salud, la docencia, la investigación y la gestión administrativa. Se destaca su relación continua y permanente con las familias y la comunidad que atiende. La experiencia cubana describe con claridad el rol del equipo de salud para establecer un panorama de riesgos de la comunidad a fin de planear la atención de forma integrada, con acciones que se pueden realizar en todos los niveles de atención.

La experiencia mexicana ubica al médico familiar en la puerta de entrada como médico de cabecera que coordina los servicios de salud y en actividades médico-administrativas. Se destaca su capacidad clínica, humanidad, alta resolutividad, su enfoque dirigido a la promoción y la prevención, así como la adecuada gestión de recursos que hace.

En síntesis, a pesar de algunas particularidades, los cuatro países que conforman este grupo coinciden en que el médico familiar es un recurso eficiente para el sistema; también en que esto es posible gracias a una formación integral con enfoque humanístico y una organización de servicios determinada.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/rankorderguide.html

Anderson, M. I. P., Rojas, M. L., Taureaux, N. y Cuba, M. S. (2016). Cobertura universal en salud, atención primaria y medicina familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade, 11*(supl. 1), pp. 4-30. Recuperado de https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/1276/752

Armiños, G., Vaca, L., Aguilera, L., Casado, V., Sánchez, G. y Alvear, S. (2016). Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade, 11*(supl. 1), pp. 47-60. Recuperado de https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/1278/754

Casado, V. (2014). La formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria en el marco de la cobertura universal de salud en España. Conferencia virtual. 17-24 de julio. OPS/OMS/CIMF. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/VeronicaCasado.pdf

Canadian Institute for Health Information. (2010). *Supply, distribution and migration of Canadian physicians, 2010*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/icis-cihi/H115-23-2010-eng.pdf: Recuperado de www.cihi.ca

Domínguez, E. y Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México, 53*(2), pp. 168-76. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012

Fernández, M. (2014). Taller de formación de formadores en medicina familiar. Ministerio de Salud Pública de Colombia. Eurosocial. Bogotá, Colombia, 9-13 de julio.

García, S., Abadía, B., Durán, A. y Bernal, E. (2010). *España. Análisis del sistema sanitario 2010*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT2010_ESP.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2013. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/programas/eness/2013/

Marchildon, G. P. (2013). Canada: Health system review. Health systems in transition. *The European Observatory on Health Systems and Policies, 15(1)*, pp. 1-179. Recuperado de http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/canada-hit-2013

Oandasan, I. (2013). On behalf of the triple C competency based curriculum task force. A national program evaluation approach to study the impact of Triple C. In: Oandasan, I. y Saucier, D. (eds.). *Triple C competency-based curriculum report – part 2: Advancing implementation*. Recuperado de https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf

Oficina Nacional de Estadística (2014). *Anuario estadístico de Cuba*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.one.cu/aec2013/esp/20080618_tabla_cuadro.htm

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

Lista de tablas

Tabla 2.7. Comparación de algunos indicadores en salud de Canadá, España, Cuba y México (2010-2015) 237
Tabla 2.8. Comparación de características de los sistemas de salud y organización para la prestación de servicios en Canadá, España, Cuba y México 240
Tabla 2.9. Número de médicos familiares y proporciones por habitantes en Canadá, España, Cuba y México.....242

Sección 2

Brasil, Costa Rica y Paraguay

Este segundo grupo de países reúne a Brasil, Costa Rica y Paraguay. Estas naciones han desarrollado en cierta medida el modelo de atención primaria con adscripción poblacional, pero el médico familiar no actúa prioritariamente como médico de cabecera. Cuentan con equipos de APS, pero estos tienen diferentes grados de cobertura con procesos históricos particulares en cada país. Las experiencias de Brasil y Costa Rica han sido resaltadas por la OMS debido a sus desarrollos en APS.

La Tabla 2.10 discrimina el tipo de estudios consultados y analizados para la interpretación del desarrollo de la APS y el aporte del médico familiar en estos tres países.

Tabla 2.10. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información para el análisis de Brasil, Costa Rica y Paraguay

País / Tipo de estudio	Brasil		Costa Rica		Paraguay	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Estudios observacionales descriptivos	2	6,6 %	0	0 %	1	14,3 %
Estudios observacionales analíticos	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Estudios cuasiexperimentales	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Estudios experimentales	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Revisión sistemática y revisión de la literatura	0	0 %	0	0 %	0	14,3 %
Estudio cualitativo (con una metodología explícita)	5	16,6 %	1	8,0 %	1	14,3 %
Documento narrativo (editoriales, experiencias)	21	70,0 %	11	92,0 %	4	57,1 %
Otros	2	6,6 %	0	0	1	14,3 %
Total	**30**	**100 %**	**12**	**100 %**	**7**	**100 %**

Fuente: elaboración propia

En comparación con los países del Grupo 1, el total de documentos escritos sobre el tema de investigación es menor en este grupo. De hecho, México, el país con menor número de artículos, tiene casi la misma cantidad que Brasil. En los tres países predominan los textos narrativos: entre 57,1 % de Paraguay y 70,0 % en Brasil. Le siguen los estudios cualitativos, con porcentajes que oscilan entre 8,0 % en Costa Rica y 16,6 % en Brasil.

Con treinta documentos, la experiencia mejor documentada de este grupo corresponde a Brasil. Los textos se centran principalmente en el desarrollo del modelo de APS y la experiencia de formación de médicos familiares. Dos sociedades científicas, la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC), reconocida oficialmente por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca), y la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (Sobramfa), que agremia a profesores de universidades privadas, han descrito el proceso de consolidación de la especialidad y el rol del médico familiar. Esta información se complementó con varios artículos y el video del actual presidente de la SBMFC, Thiago Gomes da Trindade, titulado *Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade*, realizado en el 2014 y publicado en el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud de la OMS y actualizado por el mismo autor en el 2015 (Gómez da Trindade, 2014a, 2014b, 2015).

En contraste, hay poca documentación de las experiencias costarricense y paraguaya. Los artículos referenciados en base de datos son escasos y predominan los textos narrativos: 92 % en el primer caso y 57 % en el segundo. Lo anterior hizo necesario complementar la información con otras fuentes. Por ejemplo, respecto a Paraguay, se consultaron las presentaciones realizadas en congresos y cumbres iberoamericanas, y se contó con los relatos informales amablemente suministrados por el presidente la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar. En cuanto a Costa Rica, se revisaron artículos periodísticos que documentan algunas experiencias de formación de

médicos familiares y relatos informales de médicos familiares de ese país durante la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y el I Congreso Mesoamericano de Medicina Familiar realizados en el año 2016.

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Bibliografía

Gomes da Trindade, T. (2014a). Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Recuperado de https://www.observatoriorh.org/experiencia-brasileira-de-formacao-em-medicina-de-familia-e-comunidade

____. (2014b). Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade. Diálogo virtual sobre la formación de especialistas en medicina familiar. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/ThiagoGomes_brasil.pdf

____. (2015). Residência Médica em Medicina de Família &Comunidade. Recuperado de http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/10_Seminario_20ago2015_Residencia_em_MGFC_Thiago-Trindade_SBMFC.pdf

Lista de tablas

Tabla 2.10. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información para el análisis de Brasil, Costa Rica y Paraguay 257

Brasil

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Carmen Elisa Ruiz Puyana

Gabriel Felipe Esquinas Posada

Oscar Fernando Contreras

Marceliano Mendivelson Ojeda

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

La República Federativa de Brasil es el país más grande y poblado de Latinoamérica. Su extensión supera los 8 500 000 km^2. Tiene fronteras con todos los países de Suramérica, excepto con Ecuador y Chile. Limita al norte con Venezuela, Colombia, Guyana, Surinam y Guyana Francesa; al oeste con Perú y Bolivia; al sur con Paraguay, Argentina y Uruguay; y al este con el Océano Atlántico (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

El estimado de la población para julio de 2014 era de 202 656 788 habitantes, de los cuales 83 % vive en zonas urbanas. De este porcentaje, 48 % se concentra en cuatro grandes ciudades: Sao Pablo, Minas Gerais, Río de Janeiro y Bahías (CIA, 2014).

La distribución estimada para 2014 por grupos de edad era:

0-14 años: 23,8 % (hombres 24 534 129 / 23 606 332 mujeres)

15-24 años: 16,5 % (hombres 16 993 708 / 16 521 057 mujeres)

25-54 años: 43,7 % (hombres 43 910 790 / 44 674 915 mujeres)

55-64 años: 7,6 % (hombres 8 067 022 / mujeres 9 036 519)

65 años y más: 7,3 % (hombres 6 507 069 / mujeres 8 805 247) (CIA, 2014).

Esto evidencia que los menores de 14 años representan un importante porcentaje del total de la población (23,8 %) y que las personas entre los 25 y 54 años siguen siendo el grupo etario predominante. Las mujeres constituyen 50,7 % y los hombres 49,3 %. La población entre 15 y 54 años corresponde a 60,02 %. Los mayores de 55 años son 14,9 %.

En general, la población blanca asciende a 50 %, mientras los mulatos o negros representan el 49 %; en zonas rurales las personas de raza negra son 61 %. Por regiones, el porcentaje de personas blancas corresponde a 58,5 % en el sudeste y a 80,8 % en el sur; los mulatos y negros llegan a 71,5 % en el norte, a 63,1 % en el nordeste y a 49,9 % en el centro-oriente (Usaid, 2008). La Tabla 2.11 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 2.11. Indicadores demográficos y de salud de Brasil (2008-2015)

Indicador	Brasil
Población total (miles)	202 656 788 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	100,0 (2008)[c]
Expectativa de vida (años)	75,0 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	14,6 [13,8-15,4] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	44 [36-54] (2015)[b]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	14,72 (2014 est.)[b]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	6,54 (2014 est)[b]
Médicos por 1000 personas	1,89 (2013)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	7,6 (2013)[b]

Gasto total en salud como % del PIB	9,7 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	48,2 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	6,9 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	29,9 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	523 (2013)[b]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v. nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[c] "Sistema de salud de Brasil" por V. Becerril, G. Medina y R. Aquino.

El idioma oficial es el portugués y se habla en 99 % del país. Los lingüistas han clasificado las lenguas nativas en cinco familias: tupí, macro-ye, arawak, caribe y pano-tucanas. La mayoría de ellas se usan en lugares remotos del interior del país en comunidades pequeñas; por ejemplo, en Sao Gabriel de Cachoeira, localidad del estado de Amazonas, el portugués se considera lengua cooficial junto con el nheengatú, el tucano y el baniwa. Algunas poblaciones también se comunican en alemán e italiano. Sin embargo, estos idiomas raramente se enseñan en las escuelas. La mayoría de los estudiantes de un segundo idioma se centran ahora en el español y el inglés (Enciclopedia Libre Universal en Español).

Aunque existe libertad de cultos, predomina la religión católica (73,56 %). También se profesan otros credos: Asambleas de Dios (4,95 %), bautistas (1,86 %), vudú (1,64 %), Iglesia Congregacional Cristiana de

Brasil (1,46 %) e Iglesia Universal del Reino de Dios (1,24 %). Diversos grupos protestantes representan el 5,9 %, y los ateos 7,35 %. Por su parte, la población indígena y de origen africano mantiene algunos de sus cultos. Con las migraciones, también se profesan de manera minoritaria budismo, confucionismo, taoísmo, sintoísmo e islamismo (Enciclopedia Libre Universal en Español).

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes

En 1920 inició la reestructur ación del Departamento Nacional de Salud y se crearon los organismos especializados en la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades de transmisión sexual. En 1923 se fundaron las Cajas de Jubilación y Pensiones, y en 1930, el Ministerio de Educación y Salud, que se escindió en 1953 (Rehem de Sousa, 2002).

Antes de la reforma de 1967, el Ministerio de Salud, en unión con los municipios y los estados, realizaba acciones universales de promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y énfasis en campañas de vacunación y control de endemias, por el otro. La atención se prestaba en los pocos hospitales especializados en los campos de psiquiatría y tuberculosis; en algunas regiones específicas, como el norte y el nordeste, también brindaba su apoyo la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública. La atención se dirigía a la población indigente provista por los municipios y estados, y por instituciones filantrópicas. Esta población no tenía ninguna afiliación y recibía la atención en condición de caridad (Rehem de Sousa, 2002).

En 1967, se realizó la reforma de la previsión social que unificó cinco de los seis Institutos de Administración de Pensiones, llamadas Cajas

de Jubilación y Pensiones, en el Instituto de Nacional de Previsión Social (INPS) (Rehem de Sousa, 2002). En 1974, se creó el Ministerio de Previsión y Asistencia Social; por su parte, el INPS se dividió en el Instituto de Administración de Previsión y Asistencia Social, el Instituto Nacional de Seguridad Social y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS) (Rehem de Sousa, 2002).

Los asociados al INAMPS eran atendidos en unidades hospitalarias mediante contratos con instituciones privadas en los centros urbanos donde residían los beneficiarios. Esto desencadenó la construcción de grandes unidades de atención ambulatoria y hospitalaria, además de la contratación de servicios privados en los centros urbanos. Solo eran atendidos los trabajadores de la economía formal, inscritos en nómina y sus dependientes, por lo que no era un servicio universal. La atención se prestaba a tres grupos básicamente: quienes contaban con capacidad de pago, quienes tenían derecho a la asistencia prestada por el INAMPS y los que no tenían ningún derecho. La financiación se calculaba de acuerdo con el número de beneficiarios y los recursos recaudados (Rehem de Sousa, 2002).

En 1983 se desarrolló el proyecto de Acciones Integradas de Salud, y el INAMPS comenzó a implementar medidas para buscar la cobertura universal, que se concretó en el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud. Gracias a un movimiento democrático y ciudadano llamado "Movimiento de la Reforma Sanitaria", se logró que la Constitución Política Federal de 1988 proclamara "La salud como derecho de todos los ciudadanos y deber del estado…" (Rehem de Sousa, 2002, p. 14).

La Ley 8080 de 1990 instituyó el Sistema Único de Salud (SUS), lo cual representó un cambio en el modelo de atención al permitir el acceso universal a la salud y la financiación fiscal. Sus principios son la atención integral de la salud como derecho universal y un deber del Estado; la descentralización, que lleva a los estados y municipios a compartir las responsabilidades con la esfera gubernamental; y la participación comunitaria (Rehem de Sousa, 2002). Estos permiten delimitar los principios organiza-

tivos (descentralización, jerarquización de los servicios, regionalización) y establecer que los servicios privados deben ser regulados por el sistema público (Fidelis de Almeida, 2014; Fidelis de Almeida, 2015; Rehem de Sousa, 2002; Usaid, 2008).

Posteriormente, el Decreto 99060 del 7 de marzo de 1990 transfirió el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS) del Ministerio de Seguridad Social al Ministerio de Salud. La Ley 8142 del 28 de diciembre de 1990 reguló la participación de la sociedad en la definición, seguimiento y control de las políticas de salud. En 1991 comenzó el programa de agentes comunitarios de salud, y en 1994 se reforzó la atención primaria con el Programa Salud de la Familia (PSF), que permitió expandir a 3000 el número de equipos de salud conformados por médico generalista, enfermera, auxiliar de enfermería y agentes comunitarios en municipalidades pequeñas. Posteriormente el Programa se convirtió en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). En 2005 comenzó a implementarse dicha estrategia, y un año después se promulgó la Política Nacional de Atención Primaria, con la cual el sistema de salud se orientó en esa dirección (Fidelis de Almeida, 2014; Lermen y Norman, 2013)

Estructura

El sistema de salud cuenta con dos subsectores: público y privado. El primero, llamado Sistema Único de Salud (SUS), cubre al 100 % de la población y presta servicios de manera descentralizada mediante una red de clínicas y hospitales federales, estatales y municipales. Cada municipio ofrece la atención a su población y coordina, cuando se requiere, atención en otros municipios con el apoyo técnico estatal y federal. Otras instancias públicas que proveen servicios incluyen tanto los hospitales universitarios como las unidades del Ministerio de Educación y las Fuerzas Armadas (Becerril *et ál*., 2011).

El 25 % de la población tiene además acceso a un sistema de atención de carácter privado, denominado Sistema de Atención Médica Suplementario (SAMS). Este comprende diferentes esquemas de aseguramiento dentro de los que están la medicina de grupo con planes de salud para empresas y familias, las cooperativas médicas, los denominados planes autoadministrados que ofrecen las empresas y los planes de seguros individuales con regímenes de libre elección de prestadores. Estos cuentan con redes de consultorios, clínicas, hospitales y laboratorios que no pertenecen a la oferta de servicios del SUS (Becerril *et ál*., 2011). Las personas con capacidad de pago acceden a servicios privados individuales cuando lo requieren (Becerril *et ál*., 2011).

Esto quiere decir que, aunque en teoría el SUS atiende al 100 % de la población, en la realidad un porcentaje es cubierto por unas redes que prestan servicios con algunos privilegios para quienes pueden costearlos. Sin embargo, esta población usa los servicios tanto de promoción y prevención como de atención de alto costo que ofrece el SUS.

Financiación

Aunque el sistema de salud brasileño se propuso como un sistema único, en la realidad no ha alcanzado una cobertura universal por estar subfinanciado. Esto hace que exista una financiación para el sector público y otra para el privado (Becerril *et ál*., 2011).

El subsector público o Sistema Único de Salud recibe recursos de la nación que provienen de los impuestos generales y contribuciones sociales realizadas desde los niveles federal, estatal y municipal, en lo que se conoce como un modelo tripartita. La principal fuente para los estados y municipios son los respectivos presupuestos fiscales garantizados desde la reforma constitucional del año 2000. Los recursos del subsector se depositan en fondos de salud que tienen un mecanismo de transferencia del gobierno federal a los estados y de allí a los municipios (Becerril *et ál*., 2011). El sistema para

los funcionarios públicos y de las Fuerzas Armadas depende de los recursos públicos y los aportes de los trabajadores (Usaid, 2008). Por su parte, el subsector privado recibe contribuciones tanto de las empresas y las familias que adquieren planes que ofrece el SAMS, como de quienes tienen el capital para contratar o comprar servicios particulares por prepago o por pago directo (Becerril *et ál*., 2011).

El esquema de transferencias, basado en el sistema de las comunidades autónomas españolas, ha permitido desarrollar el sistema de salud público brasileño, que se ha fortalecido gracias al proceso de descentralización (Rehem de Souza, 2002). Es preciso aclarar que, aunque Brasil es un estado federado, ha pasado por episodios de centralismo autoritario y de reconstrucción, lo cual ha generado múltiples tensiones y conflictos, en especial a partir de los años de 1990 (Rehem de Souza, 2002).

Aunque la transferencia de fondo a fondo se facilitó después de la enmienda constitucional del año 2000, desde 1997 los recursos federales, provenientes del Fondo Nacional de Salud y que correspondían a más del 70 % del total, se distribuían entre los estados y municipios. En el 2001, luego de una intensa capacitación a nivel regional, la mayoría de las transferencias se hacían por esta vía en contraposición a la de pago de servicios directos a los prestadores (Rehem de Souza, 2002). A partir de 1998 se inició la subdivisión de la transferencia de los recursos con la creación del Techo de Atención Básica (TAB) o Piso de Atención Básica (PAB), que diferenció el presupuesto de la atención básica de la financiación de la mediana y alta complejidad ambulatoria. El PAB tiene dos componentes: uno fijo, que es transferido teniendo como base el valor per cápita, y otro variable, que depende del desempeño, en este caso, de la adhesión de municipios a programas comunitarios definidos por el Ministerio de Salud[11]. Entre ellos figuran el Programa de Agentes

[11] Por cuestiones de traducción, los componentes fijo y variable se pueden denominar: Fondos Fijos de Atención Básica y Fondo Variable de Atención Básica, respectivamente.

Comunitarios de la Salud, el Programa de Salud de la Familia, más adelante Estrategia de Salud de la Familia, y el Programa de Combate de las Carencias Nutritivas, así como acciones estratégicas como Farmacia Básica y Acciones Básicas de Vigilancia Sanitaria (Rehem de Souza, 2002).

En el 2001 las transferencias se hacían para las siguientes subdivisiones:

- Recursos para a la atención básica (PAB fijo y PAB variable).
- Recursos para la vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.
- Recursos para la asistencia de mediana complejidad.
- Recursos para la asistencia de alta complejidad (Rehem de Souza, 2002, p. 21).

A pesar de lo anterior, el mayor aporte a la financiación sigue siendo federal. En 2004, el gobierno federal aportó más del 50 % de los recursos, mientras que las unidades de la federación participaron con 26,6 % y los municipios con 22,7 % (Becerril *et ál*., 201; Usaid, 2008). En 2006 se abrió la posibilidad de que el SUS contrate servicios privados, cuando su propia red llegue al límite y se acompañe la solicitud de un plan operativo de la red. También podía contratar con entidades filantrópicas mediante convenios, siempre y cuando utilizara por lo menos 60 % de estas instituciones. Por su parte, estas podían ofrecer servicios privados una vez cumpliera sus compromisos con el SUS (Usaid, 2008).

En 2011, con la Enmienda Constitucional 29, se logró definir una ley complementaria sobre valores mínimos aplicados anualmente por cada ente federado en acciones y servicios públicos en salud. Según la Ley Complementaria 141 de enero de 2012, es función de la Unión aplicar el total de los gastos del año anterior, incrementando porcentualmente la variación del PIB. Los estados deben aportar al sector salud 12 % de los ingresos por impuestos, mientras los municipios y el Distrito Federal deben contribuir con 15 % (Fidelis de Almeida, 2014; Fidelis de Almeida, 2015).

Después de la Ley Complementaria 141, el aporte tripartito se distribuye así: el gobierno federal financia 48 %, los estados federados 25 % y los recursos municipales 28 % (Giovanella, citada por Fidelis de Almeida, 2014). El 60 % de la participación en la atención básica se asigna a los recursos humanos (equipos de Salud de la Familia y Salud Bucal), valor que asumen en su mayor parte los municipios (Vieira y Cervo, citados por Fidelis de Almeida, 2014; Fidelis de Almeida, 2015). La APS representa 23,5 % de los gastos de la atención en salud, mientras la atención de mediana y alta complejidad corresponde al 43,6 %. En resumen, el presupuesto para el gasto en atención en salud en Brasil ha ido en aumento, y dentro de este también se ha incrementado la proporción asignada al desarrollo a la APS (Fidelis de Almeida, 2014; Fidelis de Almeida, 2015).

Modelo de atención y de prestación de servicios

Modelo de atención: la APS

El modelo de atención en Brasil está dirigido hacia la implementación de la atención primaria en salud (APS). La Constitución de 1988 proclamó el derecho a la salud garantizada por el Estado; desde entonces se han tomado diferentes medidas para reducir el riesgo de la enfermedad y mejorar el acceso a acciones y servicios de salud que promuevan el bienestar. La implementación en 1990 del Sistema Único de Salud (SUS) representó un punto de partida para el desarrollo de la APS, dado que plantea la cobertura universal, la descentralización para los estados y municipalidades, así como la participación ciudadana (Giovanella *et ál*., 2009). En este proceso se ha generado la descentralización progresiva a los municipios, la unificación de la asistencia médica de la seguridad social y la búsqueda para

incentivar la participación social (Fidelis de Almeida, 2014; Fidelis de Almeida, 2015; Giovanella *et ál*., 2009; Giovanella, 2013).

Modelo de prestación de servicios

El aspecto más importante del modelo de prestación de servicios es la creación, en 1994, de los equipos de salud familiar. Este enfoque gubernamental hace énfasis en la consolidación de grupos de atención en salud tanto a nivel institucional como domiciliario (Becerril *et ál*., 2011). Inició el Programa de Salud de la Familia (PSF), que busca que un equipo de carácter multiprofesional se encargue de una población de 3000 a 4500 personas aproximadamente (Fidelis de Almeida 2015; Giovanella, 2013). Este equipo lo constituyen un médico (generalista), un enfermero, uno o dos auxiliares de enfermería o técnicos y cinco a seis agentes comunitarios (Giovanella, 2013). También existen equipos de salud oral como parte de los equipos de APS (Fidelis de Almeida, 2015). En poblaciones mayores a 100 000 habitantes, en el equipo también participan otros profesionales como terapeutas, psicólogos y trabajadores sociales. Esto hace que la atención primaria tenga valor real y se ajuste a las necesidades de las personas (Becerril *et ál*., 2011). Para Fidelis de Almeida (2015) y Giovanella (2009), esta primera fase de la implementación fue selectiva, en contraposición a una APS integral que incluya a grupos más vulnerables.

Hacia 1998 se requirió un incentivo financiero que pasó directamente del gobierno federal a las municipalidades, lo que permitió la expansión progresiva del PSF (Fidelis de Almeida, 2014; Fidelis de Almeida 2015). Este programa es reconocido mundialmente por sus resultados. Diversos estudios realizados entre 1999 y 2004 han reportado un incremento en la cobertura de los servicios de atención primaria de 14 % a casi 60 % de la población y una reducción de aproximadamente 13 % en la mortalidad infantil para el periodo descrito (Becerril Montekio *et ál*., 2011). Entre estos estudios se

destacan dos: Salud en la Opinión de los Brasileños, realizado por el Consejo Nacional de Secretarios de Salud, y Evaluación del impacto del Programa de Salud de la Familia en la mortalidad infantil en Brasil, desarrollado entre 1990 y 2002 (Macinko, Guanais y Souza, 2006). Este último mostró que cada aumento de 10 % en la cobertura del PSF reducía en promedio 4,5 % la mortalidad infantil (Fidelis de Almeida, 2014).

En 2006, el país combinaba un enfoque selectivo, que inició en 1990, con una concepción que entendía la APS como el primer nivel del sistema. Ese año se formuló la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), que asume un enfoque integral de la salud, entendido como estrategia fundamentada en garantizar el acceso universal y continuo a servicios de salud de calidad, ser la puerta de entrada preferencial del sistema, hacer efectiva la atención desde la promoción hasta la rehabilitación, coordinar los cuidados de la red de servicios, así como desarrollar vínculos entre los equipos de salud y los territorios para asegurar la longitudinalidad de la atención e incentivar la participación social (Giovanella *et ál*., 2009).

Con esta política se busca que los equipos establezcan vínculos y conozcan la población de la que se responsabilizan, y realicen acciones individuales y colectivas; además de ser el primer contracto y organizador de los requerimientos de apoyo de una red integral e integrada de servicios. Estos equipos realizan el diagnóstico de situaciones de riesgo de su comunidad y plantean acciones e intervenciones comunitarias de forma articulada con organizaciones sociales y públicas de forma intersectorial.

Desde el 2008, también se incluyeron en la atención los Núcleos de Apoyo de Salud de la Familia (NASF), integrados por psicólogos, un asistente social, un farmacoterapeuta, un nutricionista, un terapeuta ocupacional y otros especialistas como ginecólogos, pediatras, psiquiatras, acupunturistas y médicos homeópatas (Fidelis de Almeida, 2015; Giovanella, 2013). De acuerdo con Giovanella y colegas (2009), en 2009 la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) atendía a 94 millones de personas con 30 000 equipos. El resto de la población era cubierta por el modelo tradicional sin adscripción

poblacional. En estos centros de salud tradicionales hay equipos integrados por pediatras, ginecólogos, profesionales de enfermería y otros especialistas (Fidelis de Almeida, 2014).

De conformidad con lo anterior, se puede deducir que los equipos de APS se ubican principalmente en las Unidades Básicas de Salud (UBS)[12]; sin embargo, algunos equipos laboran en puestos o centros de salud tradicionales, lo cual da a entender que la diferenciación entre los dos modelos no es radical y en muchas partes se entremezclan el modelo tradicional con el proceso de implementación del nuevo (Fidelis de Almeida, 2014; Giovanella *et ál*., 2009; Giovanella, 2013).

La Política Nacional de Atención Básica (PNAB) se renovó por medio de la Disposición No. 2488 del Ministerio de Salud del 21 de octubre de 2011 (Fidelis de Almeida, 2014). En ella se retoma el concepto de atención primaria integral en el sentido que propone la OPS para renovar la APS en las Américas pues, aunque utiliza indistintamente los términos de atención básica y atención primaria en salud como equivalentes, no los limita al primer nivel de atención e incluye la necesidad de intervenir los determinantes de la salud (Fidelis de Almeida, 2014). También se definen las acciones y servicios de los que deben responsabilizarse las municipalidades teniendo como base seis fundamentos o directrices:

1. Territorio adscrito a una red interconectada cuya planificación y desarrollo de acciones sea cercana a las comunidades y a las

[12.] En los textos consultados, la expresión Unidad Básica de Salud (UBS) puede referirse a centros de salud y puestos de salud. En algunos textos utilizan "equipos de salud de la familia" (eSF o EqSF) para referirse a los equipos de APS a fin de diferenciar la sigla de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Los lugares donde laboran estos equipos puede denominarse Unidad de Salud de la Familia (USF). No es claro que exista una diferencia entre la UBS y la USF. En este texto nos referimos a los equipos de APS o ESF, en vez de utilizar las siglas eSF o EqSF.

necesidades del territorio, y facilite las prácticas y acciones intersectoriales que impacten los determinantes y busquen la equidad.

2. Acceso universal a una red de servicios con una puerta de entrada accesible, resolutiva y de calidad.
3. Establecer el vínculo de la población con los equipos de salud, lo cual permite la longitudinalidad, corresponsabilidad y continuidad de los cuidados.
4. Promover la participación comunitaria de manera autónoma para que las personas organicen su proceso de cuidado, la colectividad y el territorio con base en el ejercicio del control social.
5. Coordinar los cuidados multiprofesionales interdisciplinares en equipo para realizar la gestión del cuidado.
6. Coordinar e integrar diferentes aspectos como acciones programáticas y demanda espontánea con las acciones de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica. En la PNAB queda reseñada como "coordinación de la integralidad" (Fidelis de Almeida, 2014; Ministerio de Salud, 2011). Todas estas características ratifican a Brasil en su propósito de implementar un modelo de atención basado en los conceptos de la APS.

En 2011, el Decreto Presidencial 7508 estableció la Relación Nacional de Acciones y Servicios de Salud (Renases), que ofrece el SUS para garantizar la atención integral. En 2012 se publicó la primera versión de la Renases. Esta incluyó todos los servicios, agrupados en cinco categorías: atención primaria; atención de urgencia y emergencia; atención psicosocial; acciones y servicios ambulatorios de atención especializada y hospitalaria; y vigilancia de la salud, con lo que debe cumplir cada uno de los municipios (Fidelis de Almeida, 2014).

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicio

Formación en medicina familiar

Hitos

Falk (2010) segmentó el desarrollo de la medicina familiar en Brasil en cinco fases. La etapa inicial se extiende entre 1974 y 1980, con las primeras experiencias de residencias; la segunda, de 1981 a 1985, periodo en el que surge el programa de residencia de Medicina General y Comunitaria; la tercera fase, de 1986 a 1994 se caracteriza por la fuerte oposición a esta residencia; en esta época solo unos pocos programas se mantienen en funcionamiento, se realiza la reforma de salud del Sistema Único de Salud (SUS) e inicia el Programa de Salud de la Familia (PSF); durante la cuarta fase, de 1995 a 2000, se expanden los equipos de APS y, en la búsqueda de formar el recurso humano, se aprueban múltiples especializaciones o cursos cortos que no aseguran la calidad de los programas de residencia. La quinta comienza en 2001, y llega hasta el momento en que se consolida la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC) y se adopta el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria para la especialidad.

La medicina familiar y comunitaria comenzó en Brasil en los años setenta, antes de la Conferencia de Alma Ata, en las primeras tres residencias en Río Grande do Sul, Pernambuco y Río de Janeiro (Lermen y Norman, 2013). De acuerdo con la página de la SBMFC, los primeros programas fueron Murialdo (Porto Alegre), Projeto Vitória (Vitória de Santo Antão) y Serviço de Medicina Integral da UERJ (Río) (Falk, 2008a). Estas experiencias generaron estrategias para implementar la atención primaria y dejar atrás los programas centrados en la enfermedad.

Los programas existentes aprobados por la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CNRM) en la Resolución 8 de 1979 tenían denominaciones diferentes como salud colectiva, medicina comunitaria y salud comunitaria entre otras, y se consideraban equivalentes a programas de residencia de medicina preventiva y social (Aguilera y Vieira, 2010). Entre ellos, sobresale el programa de Residencia Integrada en Salud, dirigida a diversos profesionales, no solamente médicos (Falk, 2008a).

Durante la segunda fase, en 1981, el Ministerio de Educación y la Comisión Nacional de Residencias Médicas otorgaron el reconocimiento a la Residencia de Medicina General y Comunitaria (Aguilera y Vieira, 2010; Lermen y Norman, 2013). Este evento marcó el inicio de la especialidad, que conservó el nombre de general sin cambiarlo a *familiar*. Ese mismo año, se fundó la Sociedad Brasileña de Medicina General y Comunitaria, que en 2001 se transformaría en la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC) (Lermen y Norman, 2013).

En 1984 existían catorce programas en diez estados. El 80 % de las plazas eran financiadas por el gobierno, y de los 174 egresados de ese año 130 pertenecían al Hospital Conceição / Unidade Sanitária Murialdo en Porto Alegre. En 1988 se crearon nuevas plazas financiadas por el Estado, sin embargo, no existía un modelo definido en el que pudiera actuar el médico familiar, lo que originó una crisis (Aguilera y Vieira, 2010).

En 1985, se realizó el primer Encuentro de Residentes y Graduados en Medicina General y Comunitaria. Un año después, al comienzo de la tercera fase, el Consejo Federal de Medicina reconoció la especialidad, se creó la *Revista Brasileña de Medicina General y Comunitaria* y se desarrolló el primer congreso (Falk, 2008a; Gomes da Trindade, 2014a).

Con la Constitución de 1988 que estableció la salud como un derecho de los ciudadanos, y con la creación del SUS en 1990, se vislumbró el camino para definir el modelo de la APS (Roncoletta y González-Blasco, 2006). En 1992, se fundó la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (Sobramfa). En 1994 se creó el Programa de Salud de la Familia (PSF), que

determinó quiénes serían los usuarios, y formó los equipos integrales multidisciplinarios para atender a las poblaciones asignadas. Con esto se logró constituir un vínculo entre la comunidad y los profesionales comprometidos, así como compartir responsabilidades. Luego de algunos periodos de inactividad, en el 2001 la Sociedad Brasileña de Medicina General y Comunitaria reanudó sus actividades bajo el nombre de Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

En la parte final de la tercera fase y el comienzo de la cuarta, entre 1988 y 2002, se generó un debate acerca de si el médico que se requería se podía formar mediante cursos o si se necesitaba una especialidad. Las posiciones se inclinaron a favor de la segunda opción. Se repensó la especialidad, y por votación se cambió el nombre anterior por el de Medicina Familiar y Comunitaria. Durante estos años se presentaron varias desactivaciones y reactivaciones de la Sociedad Brasileña de Medicina General y Comunitaria. A pesar de esta inestabilidad, se logró realizar un congreso de la especialidad con una frecuencia casi anual hasta completar cinco congresos. También se presentaron detractores importantes de la especialidad, entre ellos, el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS) (Falk, 2008a; Gomes da Trindade, 2014a).

La quinta fase comenzó en el 2001, con la propuesta de unificar el nombre de la especialidad, lo cual se consolidó cuando la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CNRM) oficializó el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria en resolución CNRM 1 de 2002. Esto abrió la posibilidad de que el médico familiar tuviera un papel preponderante para desarrollar adecuadamente el modelo y se aumentó su demanda (Aguilera y Vieira, 2010). En el 2001 se reactivó la sociedad con el nombre de Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC). Un año después, la Sociedad se afilió a la Asociación Médica Brasileña, al Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) y a la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca) (Falk, 2008a; Gomes da Trindade, 2014b). En 2004, la

SBMFC realizó el sexto congreso, ahora denominado Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria, actividad que continua bajo su responsabilidad (Falk, 2008a; Gomes da Trindade, 2014b).

En 2005 se fundó la Asociación Panamericana Académica de Medicina Familiar, para fortalecer y desarrollar la medicina familiar como disciplina académica en el continente. Este esfuerzo se gestó en Brasil, durante el IX Congreso Anual de la Sobramfa. Ese año también se le dio un mayor estatus al Programa de Salud de la Familia, que se convirtió en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF); en 2006 se estableció la Política Nacional de Atención Primaria (Fidelis de Almeida, 2014; Lermen y Norman, 2013). La ESF reorientó el modelo de atención y conformó unidades de atención primaria, donde los equipos tienen la responsabilidad de supervisar a las familias de un área geográfica específica, lo que puede equivaler a 3000 a 4000 personas por equipo (Becerril-Montekio *et ál*., 2011; Gonzalez-Blasco *et ál*., 2004; Roncoletta y González-Blasco, 2006). Sin embargo, existe una brecha entre los requerimientos para desarrollar la APS y el modelo médico de formación que ofrecen las universidades brasileñas.

En este contexto, el Consejo Federal de Medicina (CFM) reconoció a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria mediante la Resolución CFM 1763 del 2005, en consenso con la Asociación Médica Brasileña y la Comisión Nacional de Residencias Médicas. Al respecto, Roncoletta y Gonzalez-Basco (2007) consideran que esto no cambió la situación de la especialidad, ni ante la comunidad en general ni ante el gremio, por lo que hacen un llamado a acudir a la experiencia del médico familiar como educador y promotor de su propia especialidad. Por su parte, Aguilera y Vieira (2010) agregan que el tiempo de formación del especialista en medicina familiar en Europa es de hasta cuatro años, y que se requiere aumentar las becas en las instancias públicas, federal y municipal más como una política de mejoramiento del recurso humano necesario que como una forma de avalar recursos humanos con unos recursos escasos.

A partir del 2012 se han desarrollado otros programas de formación de médicos en APS en áreas rurales y periféricas; por ejemplo, comenzó el Provab, de un año de duración, con apoyo de educación a distancia. En el 2013 inició Más Médicos, de tres años de duración (véase sección Otros programas de formación posgraduada en atención primaria, pág. 302). Estos programas cuentan con becas estatales; sin embargo, autores como Gomes da Trindade (2014a) sugieren mejorar la permanencia de estos médicos en las poblaciones asignadas.

Cualquiera de las especialidades médicas requiere Certificado de Terminación de Residencia Médica acreditada por la Comisión Nacional de Residencias Médicas o el título de especialista otorgado por la Asociación o de la Sociedad Brasileña correspondiente (Falk, 2008b). La SBMFC es la encargada de realizar los exámenes para el título de especialista de medicina familiar desde 2004 (Aguilera y Vieira, 2010; Falk, 2008b). Para esto se requieren tres años de ejercicio en centros de atención primaria, un estudio de currículo y una prueba teórica. En el 2015, la SBMFC realizó la 19ª edición del examen de suficiencia, en la que se habilitó para el ejercicio como médicos familiares en Brasil a más de 100 médicos (SBMFC , 2015a).

En el año 2014 persistía la discusión acerca del tipo de médico que debe atender la APS, y la confusión generada por la diversidad de programas y por la definición de las cualidades de los requisitos para el ejercicio de la especialidad. La SBMFC considera que debe ser el médico especialista en Medicina Familiar, egresado de residencias médicas de tal forma que asegure su calidad; sin embargo, en los estados y municipios no ven de igual manera esta necesidad (Gomes da Trindade, 2014a). En general, se considera que el número de médicos familiares es insuficiente y se requieren un mayor número de ellos para implementar el modelo (Fidelis de Almeida 2014; Gomes da Trindade, 2014a).

Asociaciones científicas de medicina familiar en Brasil

Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC). Se fundó en el 2001, en reemplazo de la Sociedad Brasileña de Medicina General y Comunitaria. En el 2002 se afilió al Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), a la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca) y a la Asociación Médica Brasileña (Falk, 2008a; Gomes da Trindade, 2014b).

A partir de 2004, la SBMFC retomó la publicación de la *Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria*, editada por primera vez en 1987. Tiene una publicación trimestral en línea sobre temas relacionados con medicina familiar y APS. Desde el 2008 está afiliada a la Sociedad Brasileña de Editores Científicos, y desde el 2011 al CrosRef. Con esto se compromete a cumplir normas internacionales de calidad editorial. Publica artículos en portugués, español e inglés. Cuenta con un equipo editorial robusto que como requisito mínimo exige un título de maestría (RBMFC, 2014).

La SBMFC representa a los médicos de la APS brasileños que, para el 2014, eran aproximadamente 35 000. Ese mismo año contaba con aproximadamente 5000 afiliados. Dando continuidad a las actividades de la entidad predecesora, a partir de 2004, comenzó a organizar el Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria. En noviembre de 2016, desarrolló el Congreso Mundial de Medicina Familiar de la Wonca (Gomes da Trindade, 2014a). Para el periodo de 2013 a 2016, la presidenta de CIMF es la doctora Maria Inez Padula Anderson, quien presidió la SBMFC entre 2004 a 2008, y fue su directora científica de 2008 a 2010. El actual presidente de la SBMFC (2014-2016) es Thiago Gomes da Trindade.

La Sociedad tiene organizados, por lo menos, quince grupos de trabajo sobre temas como cuidados paliativos, gestión clínica de herramientas en MFC, sanidad penitenciaria, dolor, medicina y arte, clasificaciones y registros médicos electrónicos (CIAP Club), comunicación en salud, medicina rural, salud humana, salud suplementaria, telemedicina, prácticas in-

tegrativas, prevención cuaternaria, salud mental y un grupo de directrices de los grupos de trabajo (SBMFC, 2014).

Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (Sobramfa). Fue creada en 1992 en Sao Paulo como una sociedad de carácter académico con el objetivo de "establecer los fundamentos científicos y académicos para promover el desarrollo de la medicina de familia" (Moreto, Janaudis, Levites, Roncoletta y González-Blasco, 2006, p. 66). Sus fundadores son un grupo de médicos formadores universitarios que promueven la dimensión humanista de la medicina, por lo que se denomina SOBRAMFA – Educación Médica & Humanismo (Sobramfa, 2014).

La Sociedad ha influido en la formación de más de 6.000 médicos de las escuelas médicas. Trabaja con la Asociación Paulista de Medicina, donde dirige el Departamento de Medicina de Familia desde 1993, y la Asociación Médica Brasileña (Moreto *et ál*., 2006). En la Asociación, la coordina el proyecto Médico Joven que realiza reuniones periódicas de médicos de diferentes facultades para desarrollar proyectos de cooperación interinstitucional (Sobramfa, 2014a).

En la actualidad, la Sobramfa funciona como un instituto para el desarrollo humanístico de la educación médica. Sus principales actividades son: promover cambios en la educación médica brasileña fomentando la humanización de los médicos, haciendo más acorde sus respuestas a las demandas de la comunidad, de una forma competente integrada a los procesos científicos; ayudar en la formación de profesores de las escuelas médicas en esquemas de formación centradas en el alumno, apoyados en conceptos de aprendizaje basado en problemas y el conocimiento médico integrado a la práctica clínica junto al paciente; colaborar en el proceso de selección de candidatos, promoción de la vocación médica y compromiso con la profesión mediante proyectos integrados con las escuelas de medicina desde la enseñanza preuniversitaria; realizar diversas actividades de divulgación: congresos, encuentros académicos, jornadas internacionales,

cursos de educación continua y múltiples publicaciones científicas donde se pueden consultar artículos publicados desde 1997 hasta el 2015 por sus docentes (Moreto *et ál*., 2006; Sobramfa, 2014a).

Dentro de las actividades de educación continuada se destacan los programas de formación equivalentes a residencias médicas, como el programa Fitness, creado en el 2003. Este cuenta con la modalidad sénior, dirigida a médicos que lleven años de egresados, que funciona desde el 2004, y la profesional, creada en el 2005, para profesores de APS, gestores de salud de empresas privadas o coordinadores de salud de municipios. La variante Fitness Internacional apoya pasantías internacionales, promovidas por la Asociación Panamericana Académica de Medicina Familiar (para mayor información, véase sección Programa Fitness, pág. 299). Esta asociación nació en 2005 durante el IX Congreso Anual de la Sobramfa, con el fin de fortalecer y desarrollar la medicina familiar en el continente (Moreto *et ál*., 2006).

Otras actividades de educación continuada están más dirigidas al pregrado, como el proyecto de Microfellowship en Medicina de Familia (MF2) y el Programa Académico para el Médico de Familia del siglo XXI (Pramef-21). El primero comprende rotaciones por diferentes áreas dentro de los programas que tiene Sobramfa, y para el 2006 ya habían participado más de 21 facultades de medicina. En el segundo, los estudiantes tienen experiencias de atención centradas en el paciente en consultorios de medicina familiar (Moreto *et ál*., 2006; Roncoletta, González-Blasco, Moreto, Janaudis y Levites, 2007) (para mayor información, véase sección Formación de Medicina Familiar en el pregrado, pág. 289). Se destacan también los encuentros mensuales y el congreso anual de medicina familiar (Moreto *et ál*., 2006; Roncoletta *et ál*., 2007).

La Sobramfa también ha fundado Ligas en facultades de medicina; en 2007 ya sumaban 18. Esta es una actividad extracurricular organizada por estudiantes para estudiantes en las que se hacen reflexiones sobre temas de su interés. También tienen el Programa Millas, que otorga un puntaje de

acuerdo con la participación en diferentes escenarios de medicina familiar. Este permite detectar vocaciones tempranas (Roncoletta *et ál*., 2007).

Otra área destacada de la experiencia de Sobramfa es la capacitación de los docentes que la conforman y la investigación que ellos desarrollan en departamentos de otras especialidades (González-Blasco, Roncoletta, Janaudis, Moreto, Levites, García, Pinheiro y Craice De Benedetto, 2012). Dentro de estas experiencias se destacan:

1. Seminarios de salud pública en la Facultad de Medicina de Jundiai - Departamento de Salud Pública, donde el docente realiza una tesis doctoral sobre el uso de la música en educación médica.
2. Seminarios semanales de narrativas sobre clásicos de la literatura, realizados en el Centro de Filosofía e Historia de la Medicina: aquí el docente investiga acerca de medicina narrativa y educación médica.
3. En la Facultad de Medicina del Centro Universitario Nove de Julho, se revisan casos de promoción, geriátricos y sobre el uso racional de laboratorios clínicos. El docente investiga sobre la erosión ética en el grupo de estudiantes.
4. En la Facultad de Medicina de la Universidad Anhembi-Morumbi, se aborda el método centrado en el paciente. El docente investiga cómo enseñar al joven médico a trabajar con la incertidumbre y los recursos para actuar con aplomo y serenidad.
5. royecto Promoción y Rehabilitación en Salud e Integración Social (Promove): se desarrolla durante veinte semanas en un centro ambulatorio de APS con estudiantes de tercer año supervisados por docentes.

Los docentes de la Sobramfa se han capacitado e investigado en diferentes temas referidos al humanismo médico. Esta capacitación ha forta-

lecido diferentes programas de pregrado y posgrado dirigidos a la formación del recurso humano médico en la medicina familiar, información que se ampliará en la siguiente sección.

En resumen, la especialidad de Medicina Familiar en Brasil ha pasado por diferentes fases y ha tenido momentos difíciles en los que se han cerrado programas. Con el desarrollo de la Estrategia de Salud de la Familia se ha generado el espacio idóneo para la actuación del médico familiar: gracias a sus actividades, se ha incrementado el número de plazas para residencias médicas de esta especialidad. Las sociedades médicas de medicina familiar, la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria, que representa oficialmente a médicos de APS en Brasil en la CIMF y en Wonca, y la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (Sobramfa), que agremia a los docentes en medicina familiar, han sido importantes para posicionar la especialidad en instancias políticas, entre la comunidad médica y en el pregrado. Este posicionamiento aún requiere un trabajo a largo plazo, pues, aunque es evidente la necesidad de más médicos familiares, existen otros tipos de capacitaciones no formales que llevan a que en importantes sectores del país no se le reconozca a este especialista la importancia que se merece.

Características de los programas académicos

Aunque en Brasil existen programas de medicina familiar desde la década de 1970, el nombre de la especialidad como Medicina Familiar y Comunitaria se institucionalizó en 2002 con la resolución CNRM 1 de 2002 de la Comisión Nacional de Residencias Médicas (Aguilera y Vieira, 2010; Gomes da Trindade, 2014b).

Acorde a los requerimientos para suplir las necesidades de un modelo basado en atención primaria, ha sido necesario estimular la formación de médicos familiares en toda la geografía brasileña. Aguilera y Vieira

(2010) afirman que esta es la especialización de mayor crecimiento entre 2002 y 2007, calculado en más de 279 % respecto a las vacantes de todas las especialidades con un crecimiento de 43 %. Sin embargo, en 2007, el total de plazas no representaba más de 4,3 % de todas las plazas para especialidades en el país, esto es de 24 555 solo 1047 son de medicina familiar. Respecto al crecimiento de las plazas de medicina familiar por regiones entre el año 2002 y el 2007 se puede anotar lo siguiente: la Región Norte paso de 12 a 52 plazas, mostrando un crecimiento de 333 % mientras otras especialidades crecieron el 153 %; la Región Nordeste pasó de 11 a 288 plazas teniendo un crecimiento de 2518 % mientras que el crecimiento de otras especialidades fue de 73 %; la Región Centro-Oeste pasó de 2 a 30 plazas, mostrando un crecimiento del 1400 % mientras las otras especialidades crecieron un 51 %; la Región Sudeste pasó de 134 plazas a 454 creciendo un 239 % mientras las otras especialidades crecieron un 33 %; la Región Sur pasó de 117 plazas a 223, teniendo un crecimiento de 91 %, mientras las otras especialidades tuvieron un crecimiento de 48 % (Aguilera y Vieira, 2010); las zonas del nordeste y el norte tienen proporcionalmente el mayor número de plazas con 8,8 % y 6,3 %, respectivamente. Esto está lejos de la proporción que se busca tener en Canadá, que es 50,0 %.

En 2008, las plazas privadas representaban 26,0 % y las públicas 74,0 %. Las primeras se subdividen en privadas en sentido estricto, filantrópicas y comunitarias; las segundas en federales, estatales y municipales. Dentro de las privadas, para ese año, predominaban las privadas en sentido estricto y había muy pocas plazas privadas comunitarias que no alcanzaban 1,0 % del total. Sin embargo, comparado con el número de plazas de todas las especialidades, las comunitarias tenían proporcionalmente la mayor participación de medicina familiar con 27,6 %, mientras que las categorías privadas en sentido estricto o privadas filantrópicas tenían proporcionalmente porcentajes muy bajos de participación de medicina familiar, entre 3,0 % y 7,0 % (Aguilera y Vieira, 2010).

De otro lado, si se comparan las plazas públicas federales, estatales y municipales, la distribución porcentual, en 2008, estaba entre 22,0 % y 27,0 %. Comparadas con todas las especialidades, las que tenían más peso de medicina familiar eran las municipales con un 14,8 %, mientras las públicas federales eran 3,3 % y la pública estatal el 3,4 %. Las plazas privadas pueden ser privadas en sentido estricto, que son el 6,4 % de las plazas de medicina familiar privada, privada filantrópica el 3,3 % de las plazas de medicina familiar y privada comunitaria que son el 27,6 % de las plazas de medicina familiar. Tanto en las públicas como en las privadas el peso total de las plazas de medicina familiar respecto a todas las plazas era de 4,6 % (Aguilera y Vieira, 2010).

A partir de 2008 el aumento en número de plazas en medicina familiar se ha mantenido constante, aunque la cifra exacta puede variar según la fuente. Por ejemplo, de acuerdo con Aguilera y Vieira (2010), en 2008 había 1100 plazas en la especialidad; esta es la misma cifra que reporta Gomes da Trindade para 2014 (2014b; 2015). Otra constante parece ser que el porcentaje de ocupación de dichas plazas es inferior al esperado.

En un intento por resolver esta situación, se han diseñado diversas estrategias. En pregrado, se propone implementar la residencia de Medicina Familiar en las facultades, contar con médicos familiares en los pregrados y generar atención primaria en salud de alta calidad. Para la residencia, se espera regular tanto los cupos como complementos de la bolsa de estudios (salario de los residentes). En la posresidencia, se planea ofrecer incentivos económicos a los profesionales que hicieron residencia y establecer su carácter obligatorio para ingresar a la Estrategia de Salud de la Familia (Gomes da Trindade, 2015). Además, de acuerdo con la Ley 12871 (22/10/2013), el primer año de residencia en Medicina General de Familia y Comunitaria será obligatorio para el ingreso a los siguientes programas: Medicina interna, Pediatría, Ginecología y obstetricia, Cirugía general, Psiquiatría y Medicina preventiva y social. Se exceptúan en la

norma los programas de residencia médica de acceso directo: Genética médica, Medicina del trabajo, Medicina deportiva, Medicina física y de rehabilitación, Medicina legal, Medicina nuclear, Patología y Radioterapia (Gomes da Trindade, 2015). Lo anterior implica que, a partir de 2018, la medicina familiar será la especialidad base para ingresar a otros posgrados de este tipo.

En la actualidad, Brasil cuenta con diferentes modalidades y por lo menos 120 programas para acceder al título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, aunque la diversidad entre ellos es grande. Sin embargo, hacia el 2014 todos eran regulados por la Comisión Nacional de Residencias Médicas, que pertenece al Ministerio de la Educación. Estas residencias son validadas por la SBMFC de acuerdo con criterios de calidad en los que se tienen en cuenta las competencias que se van a desarrollar.

Formación de Medicina Familiar en el pregrado

En 2005 la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC) aprobó la creación de un Departamento de Pregrado con el fin de coordinar la inserción de la especialidad y de la APS en el pregrado. Este proceso se ha fortalecido con la organización de congresos y foros, así como con la creación de ligas académicas de medicina familiar para el pregrado (Demarzo *et ál*., 2012). La Sociedad y la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) han realizado esfuerzos conjuntos para armonizar las Directrices Curriculares Nacionales y las necesidades de formación requeridas para desarrollar la APS (Demarzo *et ál*., 2011). Desde 2009, han construido unas directrices que fueron presentadas inicialmente para consulta pública y en congresos nacionales. Los resultados se organizaron en: contribuciones a la formación en pregrado mediante contenidos relacionados con la APS (para qué), objetos de aprendizaje (qué), metodologías y estrategias de

enseñanza (cómo), momentos (cuándo), espacios de formación (dónde) y los principales actores involucrados (quiénes). La forma en que lo expresan Demarzo *et ál*. es así:

> *Por qué enseñar: Para contribuir al desarrollo de una práctica clínica integrada y contextualizada, que se centre en las personas y las comunidades, lo que permite la interdisciplinariedad*
>
> *Qué enseñar: Enfoque individual y colectivo, la familia y la orientación comunitaria, como ejes estructurales de la formación médica*
>
> *Cuándo enseñar: Debe ser una inserción longitudinal que dé continuidad a lo largo del curso, en un modelo de espiral de complejidad, y de preferencia, con actividades en la APS para todos los periodos (semestre o año) de cada curso*
>
> *Cómo enseñar: Con métodos activos dialógicos de enseñanza y el aprendizaje mediante la integración de la teoría y la práctica, el interrogatorio y actividades que permitan reflexionar sobre la práctica profesional, trabajando en pequeños grupos en diversos escenarios*
>
> *Dónde enseñar: En Unidades de la Salud de la Familia o similares, integradas en la red municipal, vinculadas a la red de atención de salud, con la estructura adecuada para la recepción de los estudiantes y el proceso de enseñanza-aprendizaje efectivo (*Demarzo *et ál., 2011, p. 149)*.

Estas directrices aún constituyen un apoyo para el proceso de transformación que deben continuar las facultades de medicina para implementar los conceptos de APS y medicina familiar en el pregrado. Un ejemplo de ello lo constituye la experiencia que lidera la Sobramfa. Desde 1993, la Sociedad

dirige el Departamento de Medicina de Familia de la Asociación Paulista de Medicina, miembro de la Asociación Médica Brasileña (Moreto *et ál*., 2006). En 1995, algunos de los directores de la Sobramfa regresaron a la actividad académica como docentes de asignaturas relacionadas con materias humanísticas como medicina psicosomática, antropología y ética médica. Los estudiantes se interesaron en el concepto de medicina familiar –principalmente el enfoque humanístico del que hablaban los médicos de la Sobramfa– e iniciaron la rama estudiantil de la Sociedad. Las directivas de Sobramfa se dieron cuenta en 1995 de que su misión no era solo educar a los estudiantes de medicina, sino también encontrar caminos para introducir e integrar la medicina familiar en las escuelas médicas de Brasil. Por estas dos vías, la Sociedad podría promover la medicina familiar como una vocación para los futuros médicos.

Durante dieciséis años (1992-2008), la Sobramfa divulgó la filosofía de la medicina familiar entre los estudiantes de medicina mediante congresos, reuniones académicas, seminarios, reuniones internacionales organizadas en Brasil y cursos de educación médica continua. Hoy en día, la división académica de la Sociedad (rama estudiantil) está representada en distintas escuelas de medicina. Los estudiantes interesados en la especialidad se están convirtiendo en verdaderos líderes en sus propias escuelas médicas. Su interés es un recurso poderoso para estimular el reconocimiento de los valores centrales de la medicina familiar y lograr que un número creciente de médicos en formación se inclinen por esta especialidad.

Durante este periodo de dieciséis años, 3000 estudiantes (la mayoría brasileños) se han involucrado en algunas de las actividades promovidas por la Sobramfa. Dentro de ellas, algunas están dirigidas específicamente a pregrado, otras a posgrado, y en diferentes ocasiones se programan actividades académicas conjuntas. A continuación, se nombran y describen algunas actividades fundamentadas en el humanismo médico y en el aprendizaje vivencial:

a. *Proyecto MF2 o Minifellowship en Medicina* Familiar: el estudiante realiza las rotaciones que la Sobramfa ofrece en facultades de medicina de Brasil durante mínimo una semana. Esta rotación es aprobada por las universidades de origen. Los escenarios de práctica son: visitas domiciliarias, consultorio, instituciones geriátricas, revisión de pacientes internados en el hospital, cuidados paliativos y gestión de pacientes crónicos complejos. Los estudiantes son supervisados por docentes y residentes en formación de los programas de Medicina Familiar de la Sociedad. La evaluación se realiza al finalizar la rotación e incluye la perspectiva de los estudiantes como futuros médicos.
De acuerdo con entrevistas realizadas sobre estas experiencias, los estudiantes valoran la posibilidad de observar verdaderos "médicos familiares trabajando" y la experiencia de aprender "sobre la filosofía de la medicina familiar" y de trabajar "con un equipo productivo y positivo". Por su parte, los residentes encuentran una oportunidad para mejorar sus actividades docentes y ser más conscientes de los temas relacionados con el aprendizaje. En 2007, más de cien estudiantes de treinta escuelas médicas brasileñas realizaron esta experiencia. Este programa también sirve para seleccionar a estudiantes que realmente tengan la vocación de ejercer la medicina familiar y facilita su vinculación al programa *Fitness* (González-Blasco *et ál*., 2008; Moreto *et ál*., 2006; Moreto, Craice de Benedetto, Roncoletta, Lamus y González-Blasco, 2008). De acuerdo con Pradaxes y Moreto (2011), en 2011 esta experiencia se encontraba vigente con rotaciones electivas por medicina familiar y algunos esquemas de rotación de cuatro a ocho semanas para profesores o estudiantes extranjeros.

b. *PRAMEF-21 o Proyecto Académico para el Médico de Familia del siglo XXI:* se desarrolla en un centro de salud docente de medicina familiar en donde se atienden pacientes de la comunidad. En 2008, estaban vinculados a este programa estudiantes de cinco escuelas

médicas. Esta experiencia se basa en metodología de la medicina centrada en el paciente y ofrece a los médicos en formación la oportunidad de compartir con sus pares y realizar una práctica reflexiva. Los estudiantes jóvenes recuerdan a los residentes el humanismo médico y los residentes con más experiencia muestran la utilidad práctica de los conocimientos básicos en la atención del paciente (González-Blasco *et ál*., 2008; Roncoletta, González-Blasco, Moreto y Levites, 2007).

c. *Reuniones mensuales del Comité de Medicina Familiar de la Asociación Paulista de Medicina:* se realizan sobre un tema específico y son lideradas por los estudiantes. Este es un modelo pedagógico innovador, pues se trata de un curso de educación médica continua entre pares. La reunión académica anual de medicina familiar, a la cual asisten todos los estudiantes y docentes interesados de las escuelas médicas del país, es organizada por estudiantes que trabajan con la Sobramfa. Estas reuniones ofrecen un ambiente valioso para el aprendizaje (González-Blasco *et ál*., 2008).

d. *Ligas de Medicina Familiar:* reúnen los grupos de interés en Medicina Familiar creados en ocho escuelas de Medicina de Sao Paulo y estudiantes de otras diez escuelas médicas. Estos grupos fueron denominados ligas. Los integran y organizan estudiantes que realizan actividades académica paralelas al currículo oficial (González-Blasco, 2008; Praxedes y Moreto, 2011; Roncoletta *et ál*., 2007). Hay unas jornadas académicas anuales en la que se comparten las experiencias de las diferentes ligas.

e. S*eminarios mensuales sobre el método clínico:* son liderados por profesores de la Sobramfa y se basan en casos de la literatura o de la práctica cotidiana. Son presentados por los estudiantes y su objetivo, más que llegar al diagnóstico, es hacer el ejercicio clínico de un manejo sindromático integrado a la postura humanística del enfoque centrado en el paciente (Pradaxes y Moreto, 2011).

f. *Programa de créditos en medicina familiar:* funciona como instrumento de evaluación y permite que los estudiantes de pregrado que participen en actividades de la Sobramfa y que estén inscritos a la misma tengan una mayor motivación para formarse como líderes en sus grupos con un equilibrio práctico y teórico. Lo más valioso de este programa es que los estudiantes pueden optar por ingresar a los programas regidos por la Sobramfa como residentes. Por tal razón, la Sociedad otorga créditos prácticos, teóricos y académicos, desde una plataforma en red, donde el estudiante puede ver su rendimiento y ser asesorado por un profesor de medicina familiar, quien ofrece realimentación al estudiante buscando que el crecimiento sea integral en las tres áreas mencionadas. Esta metodología fortalece el programa, pues lo hace atractivo para los médicos en formación (Moreto *et ál*., 2006; Pradaxes y Moreto, 2011). Los autores de la Sobramfa describen un esquema similar para el Programa de Millas en Medicina Familiar con el que se motiva a estudiantes hacia la especialidad, y se evalúa el perfil de los estudiantes que pasan por él (Janaudis *et ál*., 2009; Roncoletta *et ál*., 2008).

Los estudiantes que asisten a las reuniones de la Sobramfa respetan y valoran lo que aprendieron de las actividades de la Sociedad, aun cuando muchos de ellos escogen otras especialidades. Según datos del 2008, ese año alrededor de 3 % de estos estudiantes optaron por programas de residencia en medicina familiar (González-Blasco *et ál*., 2008).

Otra experiencia que da cuenta de la participación de la medicina familiar en el pregrado es un curso electivo en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Federal de Juiz de Fora en Minas Gerais. De acuerdo con Ferreira y colegas (2014), pocas facultadas incluyen rotaciones electivas dirigidas a la especialidad; por ejemplo, en 2005, de los 188 programas existentes, solo 14 ofrecían esta opción. Esto podría explicarse por el número reducido de profesores médicos familiares disponibles para

supervisar los estudiantes. Sin embargo, según los investigadores, se evidencia un creciente interés de los estudiantes en la medida en que existen espacios donde ellos pueden, en la práctica, asumir de manera integral el enfoque biopsicosocial centrado en el paciente. Este espacio es importante para desarrollar las competencias necesarias del recurso humano que trabaja en la puerta de entrada del SUS. Los autores recomiendan que este tipo de inclusiones en el currículo de pregrado sean obligatorias, con un espacio de práctica adecuadamente supervisado.

Formación en Medicina Familiar y Comunitaria en posgrado

Residencia oficial en Medicina Familiar y Comunitaria

La principal formación promovida por la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC) es la de una residencia clásica, es decir, de dos años de duración con un currículo basado en el humanismo en medicina. Por tanto, busca evaluar las actitudes tanto académicas como de manejo y abordaje de pacientes y comunidades en ambientes ambulatorios de baja y alta complejidad, es decir, en escenarios ambulatorios y hospitalarios con la supervisión del profesor médico familiar tanto en la modalidad continua como a distancia (Gomes da Trindade, 2014a).

De acuerdo con la SBMFC (2004), el perfil del médico familiar y comunitario en Brasil está basado en los principios, conceptos y recomendaciones internacionales de la Organización Mundial Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca). De conformidad con esto, se espera que el médico familiar esté en capacidad de: actuar prioritariamente en el ámbito de la atención primaria en salud (APS), a partir del abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; desarrollar acciones integradas de promoción, protección y recuperación de la salud a nivel individual y colectivo; priorizar la práctica médica centrada en la

persona, con énfasis en la relación médico-paciente focalizada en la familia y la comunidad, privilegiando el primer contacto o vínculo y la continuidad e integralidad en el cuidado de la salud; coordinar los cuidados de salud dados al individuo, la familia y la comunidad, remitiendo cuando sea necesario a otros especialistas de otros niveles del sistema, sin perder el vínculo; ofrecer atención con alto grado de resolución y calidad en el ámbito de la APS a cerca de 85 % de los problemas de salud de la población específica, sin diferencias de sexo, o edad o tipo de enfermedad; desarrollar, planear, ejecutar y evaluar con el equipo de salud programas integrales de atención, para dar respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población a cargo, teniendo como base metodologías apropiadas de investigación con énfasis en la utilización del método epidemiológico; estimular la resiliencia, participación y autonomías de los individuos y las familias en la comunidad; desarrollar nuevas tecnologías en la APS y habilidades tanto en el campo de la metodología pedagógica y la capacidad de autoaprendizaje como en la actuación médica con relevancia de los aspectos científicos, éticos y sociales, no solo desde la enfermedad; con una relación médico-paciente efectiva con la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta el proceso salud-enfermedad y la interacción de los factores biopsicosociales y ambientales. La especialidad posee la epistemología bien definida y privilegia la capacidad resolutiva, utilizando la mejor tecnología disponible (SBMFC, 2004).

De acuerdo con Gomes da Trindade (2014b), el programa de esta especialidad se basa en el desarrollo de competencia clínicas y no clínicas. Cada año de formación hace énfasis en aspectos diferentes: en primer año las competencias no clínicas incluyen los principios de medicina de familia y comunidad, el método clínico centrado en la persona, el abordaje familiar, el registro médico basado en problemas, la asistencia domiciliaria, el trabajo en equipo, la ética médica y bioética, la medicina basada en evidencia y la epidemiologia clínica. Las competencias clínicas incluyen problemas

frecuentes e indiferenciados en la práctica de APS, urgencias y emergencias, pequeña cirugía (Gomes da Trindade, 2014b).

En segundo año las competencias no clínicas incluyen el método clínico centrado en la persona, el abordaje familiar, la metodologías de enseñanza y gestión, metodología científica aplicada a la investigación en APS. Las competencias clínicas incluyen problemas frecuentes en la práctica de APS de mayor complejidad que en R1, urgencias y emergencias, pequeña cirugía, problemas hospitalarios de adultos, niños y cuidados paliativos (Gomes da Trindade, 2014b).

La práctica se hace en escenarios de APS en un 55 %, y un 25 % en hospitales de segundo y tercer nivel y tiene, además, un componente teórico que oscila entre 10 % y 20 %.

El desarrollo de las competencias mencionadas en el Cuadro 5 se realiza mediante un currículo organizado en tres campos: Fundamentación, Atención a la salud y Formación electiva o complementaria (Gomes da Trindade, 2015). La fundamentación en su componente teórico incluye los principios de medicina familiar y comunitaria, los principios de atención primaria y salud, y de salud colectiva. En su componente práctico incluye el abordaje individual, el abordaje familiar, el abordaje comunitario, el raciocinio clínico, las habilidades de comunicación, la ética médica y bioética, la educación permanente, las habilidades frente a la búsqueda médica, la gestión en salud y la comunicación y docencia. La fundamentación también incluye la gestión y organización de servicios de salud en la que están la gestión y organización de los procesos de trabajo, el trabajo en equipo multiprofesional, la validación de la calidad y auditoría, vigilancia en salud (Gomes da Trindade, 2015).

La atención a la salud es dividida en atención individual que comprende el abordaje de problemas generales y específicos; problemas digestivos, infecciosos, relacionados con los ojos y la visión, de la salud mental, del sistema nervioso, cardiovasculares, dermatológicos, hematológicos, otorrinos, metabólicos, relacionados con el riñón y vías urinarias, múscu-

lo-esqueléticos; cuidados paliativos; cuidados domiciliarios; seguimiento; urgencias y emergencias; realización de procedimientos ambulatorios. Por otro lado, la atención en salud también incluye la atención a grupos poblacionales específicos o situaciones específicas, en esta están la atención a la salud del niño y el adolescente, del anciano, de la mujer, del hombre; atención a la sexualidad, al ciclo del embarazo y puerperio, a situaciones de vigilancia y vulnerabilidad, a la salud del trabajador (Gomes da Trindade, 2015).

Finalmente está el campo de la formación electiva o complementaria, esta comprende la medicina rural donde están los fundamentos de medicina rural y la profundización en medicina rural (R3). También están las prácticas integrativas y complementarias donde está la introducción de prácticas complementarias o integrales (rotación electiva) (Gomes da Trindade, 2015).

Aunque este es el esquema general del programa oficial de Medicina General y Comunitaria, existen otras vías para lograr la especialidad que se han desarrollado con el propósito de cubrir los equipos de salud de la familia para la implementación de la Estrategia de Salud de la Familia. Desde el 2004, la SBMFC hace pruebas para el título especialista que actualmente requiere el análisis del plan de estudios o estudio de currículo, un mínimo de tres años de trabajo en el campo de la medicina familiar y una prueba teórica con enfoque biopsicosocial. En 2010, mil médicos tenían la posibilidad de acceder a la especialidad por esta vía (Aguilera y Vieira, 2010). En su página, se registran 76 residencias médicas de medicina familiar, distribuidas así: diecisiete en la zona centro-oeste, tres en la zona norte, treinta y ocho en la zona sudeste y 18 en la zona sur (SBMFC, 2015b)[13].

[13] Para mayor información, puede consultarse la tabla respectiva en https://www.sbmfc.org.br/residencia/

Programa Fitness

Otra alternativa es el programa *Fitness* (por su nombre en portugués, Formação Integral de Treinamento Em Serviço com Supervisão), que busca estimular el interés por la medicina familiar en los nuevos residentes. Este es un programa innovador de residencia, creado por la Sobramfa en 2003. Es análogo o equivalente a la residencia médica para formar médicos familiares, donde los candidatos deben realizar una rotación en los sitios de práctica. De manera objetiva, se identifica a quienes realmente tienen la vocación para cursar la especialidad. En este proceso de selección participa el programa Minifellowship (veáse sección Formación de Medicina Familiar en el pregrado, pág. 289), o el programa millas de medicina familiar (Levites, Janaudis, Moreto, Roncoletta, Albuquerque y González-Blasco, 2006).

Durante los tres años del programa, los docentes supervisan a los residentes para formar sus habilidades de toma de decisiones clínicas, evaluarlos, y sugerir formas para desarrollarse personal y profesionalmente. Para alcanzar los objetivos, los profesores siguen la práctica de los residentes en diversos ámbitos clínicos y se convierten en los modelos a seguir en una la relación maestro-aprendiz, similar a la desarrollada en la Edad Media (González-Blasco, Levites, Janaudis, Moreto, Roncoletta, Craice de Benedetto y Pinheiro, 2008).

Cuando se necesita instrucción basada en la especialidad, los docentes van a la clínica de la Sobramfa a enseñar. Esta orientación se estableció así para evitar que el foco de aprendizaje se desvíe del cuidado centrado en el paciente cuando los residentes entrenan en escenarios especializados. El aprendizaje dentro del contexto de medicina familiar sobre las enfermedades prevalentes en atención primaria es un excelente resultado de este entrenamiento.

Los escenarios pedagógicos incluyen visitas domiciliarias, clínicas ambulatorias, así como instalaciones de cuidado a largo plazo y hospitales. Los residentes aprenden sobre diversas áreas de cuidado, incluidos el

manejo del paciente crónico, cuidado paliativo, salud de la mujer y valoraciones prequirúrgicas. Las actividades continuas de educación proveen un ambiente colaborativo de trabajo en equipo que ayuda a los graduados a convertirse en médicos familiares, profesores, pensadores y líderes (González-Blasco *et ál*., 2008).

El residente de este programa se nombra según el año: F1, F2 y F3, en analogía con R1, R2 y R3 de otros programas de residencia médica. Cada año tiene un objetivo educativo específico (Levites *et ál*., 2006). El primero se enfoca en el aprendizaje clínico. Busca que los residentes aprendan a gestionar a sus pacientes y a encontrar la mejor información para resolver sus problemas, transformándose en consultores en atención de salud y en médicos personales. El segundo año se centra en "aprender a enseñar" y motiva a los residentes para que enseñen a los pacientes, a los estudiantes graduados y a sus propios colegas. El residente de segundo año participa en grupos de discusión con los estudiantes y en la formación de la aptitud del grupo de primer año. En el tercer año, se pretende desarrollar habilidades específicas, como trabajo en equipo, coordinación y liderazgo.

El médico familiar-docente es a la vez modelo y observador del proceso de aprendizaje de los residentes en los diferentes escenarios. En el primer año de formación, el docente observa a sus estudiantes durante los primeros seis meses; los tres meses siguientes los acompaña de manera directa en la consulta, es decir, los alumnos trabajan bajo su supervisión directa; los últimos tres meses, los acompaña de manera indirecta, fuera de la consulta y dando realimentación. En el segundo y tercer año, hay un monitoreo similar por parte del tutor (Levites *et ál*., 2006).

En 2004, la Sobramfa diseñó el programa *Fitness* Sénior para los médicos que ya han ejercido algunos años y están interesados en formarse como médicos familiares. El programa profesional inició un año después y está dirigido a médicos profesores universitarios a quienes se les encomendó desarrollar la disciplina de atención primaria o a gestores de salud en

empresas privadas o coordinadores del sistema público en algunos municipios (Moreto *et ál*., 2006).

El Programa *Fitness* Internacional usó un esquema de rotaciones y pasantías de profesores, residentes de medicina familiar y estudiantes inicialmente en Latinoamérica y luego en el resto del mundo. Estas pasantías duran entre cuatro y ocho semanas, y tienen como objetivos:

1. Enseñar la medicina familiar como disciplina académica;
2. Desarrollar investigación concerniente a las actividades diarias de la práctica de la medicina familiar y publicar los hallazgos;
3. Enseñar destrezas de maestría en la información a los participantes; por ejemplo, estar al día en la literatura científica y toma de decisiones clínicas en la práctica e incentivar la dimensión de la educación académica de la especialidad;
4. Promover el liderazgo para el desarrollo de la medicina familiar en los países latinoamericanos (González-Blasco *et ál*., 2008; Moreto *et ál*., 2006).

Las rotaciones se realizan en visitas domiciliarias y atención de pacientes crónicos; manejo de pacientes con comorbilidades complejas; atención de consulta de cuidados paliativos; entrenamiento en manejo de pacientes de geriatría; consultorio educacional didáctico para formación de profesores, reuniones científicas, talleres de reflexión y liderazgo en medicina familiar; medicina basada en evidencia y búsqueda de información en Internet; apoyo para elaborar proyectos educacionales y multiculturales (Moreto *et ál*., 2006).

Otros programas de formación posgraduada en atención primaria

Desde el comienzo de los programas en Medicina Familiar en 1976, han existido diferentes polémicas acerca de la necesidad de la especialidad. De hecho, la oposición del Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS) a los primeros programas creados en la década de 1970 hizo que varios de ellos no sobrevivieran. Esta posición se basó en la idea de que la atención primaria derivaba en acciones simples, que no hacen justicia con la complejidad de las situaciones que hay que manejar en la puerta de entrada en los sistemas de salud (Anderson y Rodrigues, 2011).

Adicionalmente, desde 1979, se han creado en Brasil programas de residencia multiprofesional denominadas de Salud Familiar o Residencias Integradas en Salud, que incluyen a enfermeras, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, odontólogos, entre otros profesionales (Falk, 2010). Entre 1986 y 1994, las polémicas fueron fuertes y varios sectores consideraron a la medicina familiar como una corriente de izquierda que prestaba servicios de pobres para pobres. Las diferencias llegaron al punto que el INAMPS eliminó todas las plazas de residencias de Medicina General y Comunitaria y varios programas desaparecieron o se transformaron en programas de Medicina Social y Preventiva.

Entre 1995 y 2000, con el Programa de Salud de la Familia, la expansión en atención básica de salud aumentó y no hubo el recurso humano necesario. Esto llevó al Ministerio de Salud y a otras entidades a crear múltiples programas de capacitación que no siempre tenían la calidad deseada; por ejemplo, el Programa de Interiorización del Trabajo de Salud (PITS), cursos de especialización en Salud Familiar y programas de residencia en Medicina Familiar (RMSF). Así, se ofertaban de manera paralela la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria y una especialización en Salud Familiar para trabajadores médicos, odontólogos y enfermeras, entre otros. De esta especialidad multidisciplinaria se ofrecían 5500 plazas, y para 2009 se planeaba ampliar esta oferta a 18 700, con esquemas

de formación para médicos diferentes a la opción de la residencia médica (Aguilera y Vieira, 2010).

Dado que los médicos no escogían la medicina familiar como opción de posgrado, se crearon diversos esquemas de formación del generalista que, según González-Blasco *et ál*. (2004), las universidades asumieron de forma tímida y carente de metodología académica, lo cual generó baja credibilidad en la especialidad, poniéndola en desventaja frente otras alternativas. Algunos de los médicos recién formados podían tener una real vocación profesional por la medicina familiar, mientras que otros simplemente vieron una oportunidad de especializarse, o terminaron llenando un vacío como articuladores de estrategias de salud. Aunque Roncoletta y González-Blasco (2006) reconocen que ha existido buena voluntad, hacen un llamado de atención acerca del afán del gobierno en producir los médicos familiares que requiere el modelo. Esto ha permitido crear programas incrustados dentro de departamentos de salud pública, epidemiología, medicina preventiva, medicina comunitaria y general, o como programas fraccionados entre varias especialidades, lo que genera una crisis de identidad dentro de la especialidad, cuando no se es capaz de darle la perspectiva de integralidad y humanismo que la caracteriza, dejando en claro que esto no es reemplazado ni por las especialidades que se centran en la enfermedad ni por las especialidades que se dedican a las poblaciones. La medicina familiar se caracteriza por centrarse en la persona (Roncoletta y González-Blasco, 2006).

Los programas diferentes a residencias médicas de Medicina Familiar y Comunitaria han sido criticados por la SBMFC ya que, en su opinión, no proporcionan una formación adecuada y suficiente a los profesionales. Anderson y Rodríguez señalan que los programas de residencias médicas requieren 5500 horas de formación, mientras otras formas de especialización no llegan al 10 % de este total. Adicionalmente, 80 % de las prácticas tienen supervisión de especialistas, mientras que los otros programas están centrados principalmente en actividades teóricas que privilegian los pro-

cesos cognitivos. En las residencias médicas, el acompañamiento de pares permite desarrollar habilidades instrumentales y actitudinales que de otra manera no se lograrían. Las especialidades hacen más énfasis en contenidos sobre la salud colectiva y tienen pocos relacionados con la clínica (Anderson y Rodríguez, 2011).

Entre los programas recientes que ha promovido el gobierno para incentivar la formación de médicos para los equipos de atención primaria, especialmente en áreas remotas o rurales o de periferias de centros urbanos, donde había dificultades para atraer médicos, figuran el Provab y Más Médicos. Entre los dos suman más de 10 000 médicos trabajando en la APS con becas del Ministerio de Salud. Sin embargo, la estabilidad laboral es mínima, ya que no existen contratos laborales sino becas, y no hay otras políticas que aseguren la continuidad en estas plazas.

- *Programa Provab*. De un año de duración, ofrece capacitación a distancia en salud familiar. Nace en el 2011 por iniciativa del Ministerio de Salud como parte del esfuerzo para gestionar el trabajo y la educación en salud; pretende valorar y cualificar el trabajo de los equipos básicos de salud, incluyendo médicos, enfermeras y odontólogos, ofreciéndoles condiciones de trabajo físico y financiero adecuadas, además de la capacitación. Parte del atractivo que refieren algunos entrevistados es el programa de formación a distancia de UNA-SUS y la bonificación para el acceso a las residencias médicas. Por ser un programa prioritario, facilita la comunicación a distancia con representantes estatales en Brasilia. Sin embargo, hay resistencia por parte de las entidades responsables de entregar las bonificaciones, los esquemas de vinculación son inestables y débiles, y existen presiones políticas para entregar resultados que hacen tomar decisiones sin la reflexión suficiente (Oliveira *et ál*., 2015).

- *Programa Más Médicos*. De tres años de duración, está direccionado a las áreas de mayor vulnerabilidad que tengan condiciones en sus redes de asistencia sanitaria y facilidades para el desarrollo de los cursos. Las temáticas que se abordan se refieren a atención primaria de salud, cuidados de emergencia, atención psicosocial, especializada ambulatoria y hospitalaria, y vigilancia de la salud (Santos, Costa y Girardi, 2015). Según Robespiere (2015), este programa cuenta con la presencia de médicos cubanos, lo cual es tema de debate en los medios de comunicación por las diferencias entre el Gobierno y las agremiaciones médicas. Este autor hace un balance negativo de la experiencia, porque considera que se basa en una definición inadecuada del problema al no abordar directamente los determinantes de la salud; afirma que se trata de una propuesta equivocada, centrada en el determinismo médico, que le apuesta a tener más médicos que formulen más medicamentos y realicen más cirugías, en lugar de centrarse en la promoción y prevención desde la salud pública; finalmente asegura que es una propuesta desconectada de la evidencia científica que muestra que las intervenciones en salud pública deben tener una perspectiva ecológica para abordar las causas de las causas y ser efectivas en la intervención de los factores de riesgo (Robespiere, 2015). Algunas notas periodísticas critican el tipo de acuerdos interestatales entre Cuba y Brasil, el pago que se hace a los médicos cubanos y las condiciones en que estos pueden prestar los servicios en Brasil a costa de un porcentaje de pago directo al gobierno cubano que condiciona deserciones de este personal (Gutiérrez, 2015).

Sin embargo, otro grupo de autores señala que el programa *Más Médicos* ha contribuido de forma importante a disminuir la inequidad de

acceso a los servicios médicos. Por ejemplo, a 2014 habían participado 14 462 médicos en 3785 municipios. Si se tiene en cuenta que el número de municipios sin médicos de atención primaria pasó de 1200 en marzo de 2013 a 558 en septiembre de 2014, esto representa una disminución de 53 % en las dificultades de acceso.

Algunos municipios han logrado gestionar que la formación del recurso humano se realice mediante plazas formales de medicina familiar, como es el caso del municipio de Florianópolis, con 16 plazas de residencia. Este proceso ha tenido el liderazgo de médicos familiares (Lermen, 2014).

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

En Brasil, la pregunta acerca de cuál modelo asistencial se quiere para desarrollar la APS, tiene una respuesta clara: la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). También está definido el perfil deseable del médico de atención primaria: resuelve 90 % de las consultas que atiende, independientemente de la edad, sexo, órgano o sistema afectado y, a la vez, realiza acciones de promoción y prevención en salud, independientemente de su condición social; integra al individuo en el contexto de su familia y comunidad; tiene un enfoque biopsicosocial del paciente y es un educador de las personas, la familia y la comunidad. Para formar un médico con estas características se requiere desarrollar competencias específicas en las que el humanismo médico desempeña un papel central (Moreto, Croice de Benedetto, Roncoletta, Lamus y Gonzáles, 2008).

Teniendo en cuenta el contexto que se ha descrito de la organización de servicios promovida por la ESF, es de esperar que el especialista en medicina familiar sea tenido en cuenta como un actor principal de los equipos de APS; sin embargo, la mayoría de los 40 000 médicos que prestan

servicios en la APS no tienen esa titulación, o son médicos generales sin formación específica en APS (Gomes da Trindade, 2014a). Por ejemplo, en 2014 existían 35 000 equipos de medicina familiar; en ellos solo 1500 médicos habían cursado programas formales de medicina familiar (Gomes da Trindade, 2014a).

El número de médicos familiares varía según las fuentes: Fernández y colaboradores (2011) reportaron una cifra de 30 328 médicos familiares en la Cumbre Iberoamericana de Asunción. Giovanella y colaboradores (2015) mencionan 3253 y suman la presencia de 11 300 médicos cubanos. Según Gomes da Trindade (2014a, 2014b), existen 5000 médicos familiares, aunque muchos de ellos han tomado esquemas de formación alternos como los de salud familiar, que no tienen la rigurosidad de los programas de residencia formales. En el Observatorio Regional de Recursos Humanos, a estos otros 3500 médicos de atención primaria se les denominan "titulados", haciendo referencia a mecanismos alternos de certificación (Gomes da Trindade, 2014a).

Se puede inferir que los 1500 médicos familiares tendrían la posibilidad de ocupar plazas en los equipos de APS dentro de la ESF. De acuerdo con el documento Política Nacional de Atención Básica del Ministerio de Salud, sus funciones son las siguientes: realizar consultas y procedimientos quirúrgicos menores; desarrollar actividades de la Unidad Básica de Salud (UBS) en el domicilio y otros espacios comunitarios dentro de los que están escuelas y asociaciones comunitarias; atender la demanda espontánea, cuando sea necesario y apropiado; direccionar a los usuarios a otros puntos de atención cuando se requiera, sin dejar su responsabilidad del seguimiento y acompañamiento; indicar la necesidad de hospitalización institucional y domiciliaria, manteniendo la responsabilidad del acompañamiento del usuario; contribuir, realizar y participar en las actividades de educación continuada del equipo de salud y participar en la gestión de los insumos necesarios para el correcto funcionamiento de las UBS. De acuerdo con este documento, estas funciones pueden ser cumplidas tanto por el mé-

dico general como por el especialista de salud de la familia o por el especialista o el médico de familia y comunidad (Ministerio de Salud, 2012a).

Sin embargo, no existen datos exactos acerca de cuántos de estos 1500 médicos familiares están cumpliendo este rol; solo se menciona que faltan incentivos para que se ubiquen primordialmente en esta puerta de entrada (Gomes da Trindade, 2014). Por tanto, se infiere que algún porcentaje de ellos están realizando otras actividades; por ejemplo, visitas a domicilio, atención en consultorios, gestión de pacientes crónicos, cuidados paliativos, acompañamiento de sus pacientes cuando son hospitalizados, atención en instituciones geriátricas, u hospitalización en el domicilio (Sobramfa, 2014b; Sobramfa, 2014c).

Otro rol destacado es el de ser profesor en pregrado y posgrado, gracias a la labor de los docentes asociados a la Sobramfa. Ellos relatan diferentes experiencias centradas en formar en la práctica del humanismo médico con base en la literatura y el cine (Sobramfa, 2014b; Sobramfa, 2014c). También vale la pena resaltar, como lo reseñan Roncoletta, Mônaco, Levites y González-Blasco (2009) en referencia a las experiencias brasileñas, que el médico de familia está en capacidad para coordinar cuidados en el hospital o la atención de pacientes crónicos o en cuidados paliativos hospitalizados que necesiten cuidados de soporte nutricional, ajuste analgésico o cambio de sondas y catéteres. Estos pacientes, por su condición médica, con frecuencia requieren y desean manejo domiciliario, siendo el médico de familia el indicado para orientar el tratamiento y limitar desplazamientos a unidades de cuidados intensivos y definir cuándo el paciente se beneficia de manejo domiciliario; con la atención domiciliara, el médico familiar logra ser el coordinador de la salud del paciente que va más allá de la enfermedad.

Según la experiencia de la doctora Roncoletta y colegas (2009), en el ámbito hospitalario, es común la atención por diferentes especialistas, quienes emiten conceptos por separado. Muchos de estos conceptos u opiniones se pueden incluso contradecir, situación que resulta potencialmente

peligrosa y requiere un especialista en medicina de familia que integre el conocimiento y pueda trazar un objetivo terapéutico acorde a las necesidades y expectativas del paciente y el médico. Esto supone un trabajo en equipo liderado por el especialista integrador.

Se puede deducir que, en estos diferentes campos de actuación, el especialista en medicina familiar en Brasil se desempeña en los equipos de salud de la ESF y en otras áreas, públicas y privadas, cumpliendo diferentes roles gracias a su formación integral, aunque falta tener precisión en la proporción de médicos familiares que desempeñan estos diferentes papeles.

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

Diferentes autores brasileños destacan la razón de ser del médico familiar y por qué las competencias de su formación responden a las necesidades de la población, y cómo esto se relaciona directamente con los propósitos que tiene la estrategia de la APS. Por ejemplo, Moreto y colegas (2006) afirman que es inherente a la atención en salud que el paciente desee ser atendido por un profesional integral, que pueda entender su condición humana y no solo algunos aspectos técnicos de su salud. Esta relación médico-paciente cercana permite llegar a diagnósticos y construir un plan de tratamiento adecuado y mucho más asertivo. Esta relación es imprescindible en la formación y en la atención dada desde la medicina familiar.

Por su parte, el doctor González-Blasco y colegas, en un artículo sobre el humanismo, precisan que el manejo integral centrado en el paciente implica "Cuidar del enfermo: Esta es la razón de ser de la medicina, su origen histórico y la esencia de la profesión médica" (2005, p.1). En otras palabras, el médico familiar es "El médico personal del enfermo" (Craice De Benedetto, Janaudis, Leoto y González- Blasco, 2006, p. 10).

Durante más de veinte años de experiencia, el médico familiar brasileño se ha logrado consolidar como un profesional de la salud que puede

desarrollar programas de asistencia en los diferentes grupos etarios (desde la atención de recién nacidos, adolescentes y adultos mayores, siendo este último grupo el que demanda más de sus servicios) y que direcciona y aconseja a su paciente de una manera correcta, tanto en actividades de consulta externa, urgencias y en el ámbito hospitalario, como al egreso acorde a su necesidad y recursos disponibles. Además, se le reconoce por ser un buen gestor de recursos, por lo cual es indispensable para la implementación de la APS (Roncoletta, Levites, Mônaco y González-Blasco, 2009).

De conformidad con las competencias en las que han sido formados, los médicos familiares pueden explorar situaciones problemáticas con componentes psicosociales graves, como sospecha de abuso y violencia doméstica, entre otras, situaciones que trascienden la simple atención de una enfermedad. Una de las motivaciones es cuidar a las personas en los momentos de mayor vulnerabilidad (Bonilha y Zanolli, 2011; González-Blasco, 2005). Esta vocación implica brindar cuidados tanto individuales como colectivos en la familia y la comunidad (González-Blasco *et ál*., 2006; Valente, Nassar, Levites y Gonzáles-Blasco, 2004). Es posible afirmar que el médico familiar en Brasil es un profesional adaptable, que sortea cualquier escenario médico, independientemente de la edad, género, patología o situación psicosocial de los pacientes (Roncoletta *et ál*., 2009).

Además, el valor que tiene el trabajo comunitario ha logrado incidir directamente en las personas debido a que la medicina familiar propone un nuevo constructo en la práctica médica "centrada en la persona, no en la enfermedad". El médico de familia ve al paciente, antes que a la molestia. En Brasil, durante algún tiempo los pacientes identificaban a los médicos con personas indolentes, carentes de humanismo. Por ello, la atención primaria y la estrategia implementada se enfocaron también en la humanización hasta convertirla en uno de los pilares de la especialidad, y en otra fortaleza del médico de atención primaria brasileño, al fomentar entre los estudiantes el humanismo y la responsabilidad social con su país en cuanto a la atención integral de la población (Moreto *et ál*., 2006).

Los aportes que hace el médico familiar al desarrollo de la APS en Brasil se evidencian en las experiencias que se relatan a continuación. Un estudio cualitativo realizado por Craice De Benedetto y colegas (2006) describe una experiencia académica de implementación del modelo con médicos familiares en formación en un consultorio de la zona de influencia del Complejo Hospitalario Heliópolis (CHH), que comprende una unidad hospitalaria y ambulatoria de salud pública dependiente del gobierno del Estado de São Paulo. En el periodo 2002-2003, ante la carencia de un consultorio de APS en la zona, la Sobramfa realizó una experiencia demostrativa y didáctica con las funciones que debería cumplir un centro de APS. En ella participaron estudiantes y residentes bajo la supervisión de médicos familiares.

De acuerdo con sus percepciones, era clara la necesidad de establecer el modelo que permitiera actuar a los médicos familiares de una forma integral. Por su parte, los pacientes expresaron la satisfacción de haber sido atendidos como personas. De 350 pacientes a quienes se les hizo seguimiento, 256 fueron referenciados por los mismos pacientes ya atendidos o por los familiares de estos, a pesar de que inicialmente no conocían la especialidad de medicina familiar. Los estudiantes pudieron vivenciar que el enfoque biopsicosocial era posible en su práctica médica. Para los residentes fue la oportunidad de poder actuar y poner en práctica los conocimientos en los que habían sido formados. De este estudio se puede inferir que, cuando se permite, la práctica humanista que realiza el médico familiar es satisfactoria para los pacientes, para los médicos y para el personal en formación.

Bonilha y Zanolli (2011) describen una experiencia de trabajo de los pediatras en los equipos de atención primaria en el municipio de Campiñas. Es de señalar que los pediatras han sido un complemento de los equipos de salud para mejorar su capacidad resolutiva. En esta experiencia, el médico familiar y el general son líderes en los equipos de atención primaria, capaces de trabajar en equipos multidisciplinarios, lo que incluye laborar con especialistas y enfermeras. En este modelo, el médico de familia es quien

interconsulta al especialista correspondiente, cuando lo considera necesario; de esta manera, garantiza un manejo integral de los pacientes. Se responsabiliza de dirigir casos complejos que involucran problemas de pareja y salud mental gracias al enfoque biopsicosocial que enlaza el contexto de la familia y la comunidad; además, tiene habilidad para desarrollar programas de asistencia a adolescentes y su competencia para liderar programas de salud, y administrar y gestionar recursos financieros.

El médico familiar en Brasil también ha participado en proyectos para el desarrollo de tecnologías de la información (TIC) en actividades de atención primaria, como ha ocurrido en la experiencia de Belo Horizonte. En esta, el gobierno municipal, con base en la aplicabilidad de las TIC y en busca de mejorar la oportunidad, la calidad de la atención y disminuir costos en salud, decidió implementar una herramienta de consulta como parte de telemedicina, que permitiera el diálogo entre médico tratante y especialistas acerca de resultados paraclínicos. La mayoría de los participantes eran mujeres especialistas en medicina de familia y comunidad con contratos estables en la red pública (Ruas y Assuncao, 2013). En este estudio, los autores concluyen que la aplicación de las TIC implica un sinnúmero de variables que no son tecnológicas, sino que más bien están relacionadas con el compromiso del grupo médico y de apoyo técnico.

Los aportes que el médico familiar realiza al desarrollo de la APS se pueden ver obstaculizados por diferentes factores. Aunque este profesional es el eje que coordina los equipos, el sistema educativo no prepara a los médicos generales desde el pregrado para enfrentar adecuadamente este tipo de trabajo. Tampoco promueve o estimula al futuro egresado para optar por la formación en medicina familiar como especialidad. Otro obstáculo lo constituye el hecho de que en muchas facultades no existe un departamento de medicina familiar como referente, y los profesionales especializados no son reconocidos como tales (Gonzáles-Blasco *et ál*., 2006).

Además, la política bien intencionada de remunerar bien a los médicos generales hace innecesario formarse en la especialidad. Cuando no

se exige una preparación adecuada en la experticia necesaria en el primer nivel, allí pueden ubicarse personas a quienes les falta un complemento en su formación para que puedan cumplir adecuadamente este rol (Moreto *et ál*., 2006; Valente, Nassar, Levites y Gonzáles-Blasco, 2004).

Aunque se afirma que, en cuanto a competencias, la formación en medicina familiar es superior a la actuación del médico general, hasta 2015 no se habían publicado evaluaciones sobre las diferencias en resolutividad entre el médico general y el que ha tenido una especialización en medicina familiar. Falk (2008b) asegura que, al realizar las pruebas de selección para medicina familiar, se evidencia que los cursos de especialización multiprofesional en salud de la familia en Brasil han sido poco efectivos, y que existe un déficit en la educación continuada, especialmente en el caso de los egresados más antiguos.

En resumen, ante la situación actual de la APS en Brasil, se requiere apoyo para crear nuevos programas, responder a la demanda de médicos familiares con educación de calidad, formar los médicos de APS mediante programas de residencia, lograr la colaboración de las universidades con los tres entes federativos (federación, estados y municipios), estructurar los servicios acordes a la APS, invertir en las unidades docentes asistenciales, apoyar la creación de una bolsa complementaria para el residente y también para el docente, así como para promover la formación docente y la colaboración entre las unidades de servicios (Gomes da Trindade, 2015).

Implementación del modelo de prestación de servicios y su plan de mejoramiento

En Latinoamérica, Brasil ofrece la experiencia mejor documentada en cuanto a implementación del modelo de prestación de servicios. Esta sección se refiere, en la primera parte, al progreso de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en cuatro centros urbanos, dos años después de la primera implementación de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) en 2006. En la segunda, al Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Primaria y Acceso en la Atención Básica (PMAQ-AB) que incluye todo un esquema de evaluación para el mejoramiento de la APS que se empezó a implementar en el 2011.

Evaluación de la Estrategia de Salud de la Familia en cuatro grandes centros urbanos de Brasil en 2008

Giovanella y colaboradores (2009) hicieron una evaluación cualitativa y cuantitativa, mediante encuestas y entrevistas, a médicos, enfermeras, auxiliares y agentes comunitarios, sobre la implementación de la Estrategia de Salud de Familia (ESF) en cuatro municipalidades: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis y Vitória. En 2008 Belo Horizonte contaba con la mayor población, con cerca de 2 400 000 habitantes, mientras las otras tres municipalidades tenían entre 300 000 y 500 000 aproximadamente. La cobertura de la ESF en esos cuatro municipios oscilaba entre el 60,1 % para Vitória y el 86,7 % para Aracaju. Giovanella *et ál*. (2009, p. 3)

Los investigadores evaluaron la articulación del sistema para reducir la fragmentación y garantizar la atención integral, así como la articulación intersectorial. En cuanto al primer aspecto, encontraron que los participantes identificaban a los equipos de la ESF como puerta de entrada en los centros de salud preexistentes, con apoyo de las especialidades básicas, la estrategia de la demanda espontánea y la regionalización del sistema. La regionalización de servicios de pronta atención solo fue reconocida plenamente en Belo Horizonte, parcialmente en Aracaju y Florianópolis; no se identificó en Vitória. En Aracaju se evidenció parcialmente la regionalización

de policlínicas-centros de especialistas, mientras las otras tres municipalidades la reconocieron plenamente.

Por su parte, las familias buscan en un alto porcentaje el mismo servicio de salud para la asistencia y la prevención. Este comportamiento es frecuente en Belo Horizonte, donde se presenta en un 85 % de los casos; en las otras municipalidades está alrededor de 75 %. Los médicos y enfermeras concordaron en altos porcentajes en que la población busca la atención de las unidades básicas de salud: 93 % en Aracaju y entre 84 % y 89 % en las otras municipalidades. Giovanella *et ál*. (2009).

Los investigadores también evaluaron el uso de herramientas de las tecnologías de la información y la comunicación en la integración y prestación de servicios de salud. En este aspecto, Aracaju emplea una herramienta de regulación de consultas especializadas, denominada TAS, que es diferente a la llamada SISREG, utilizada en las otras tres municipalidades. Todos los participantes conocen de esta central de citas. Sin embargo, en Aracaju y Florianópolis, el porcentaje de médicos que logra programar citas con servicios ambulatorios de mediana complejidad tiende a ser inferior a 50 %; en Belo Horizonte y Vitória entre 70 % y 81 % lo logra. El 55 % consigue citas para servicios de apoyo diagnóstico y terapia; más del 56 % lo hace para el caso de servicios de maternidad, siendo Aracaju la municipalidad con el menor porcentaje, mientras en las otras se encuentra entre 74 % y 86 %. En esta evaluación, el servicio de hospitalización tiene el menor porcentaje con un valor inferior a 34 % en los cuatro municipios evaluados. En general, los médicos y enfermeras están de acuerdo en que uno de los principales problemas de integración es la lista de espera para el acceso al servicio especializado y hospitalario, con porcentajes superiores a 80 % en todas las municipalidades. Giovanella et ál. (2009).

De estos y otros datos, Giovanella y colegas (2009) concluyen que hay problemas para garantizar el acceso a los servicios de especialidades y de hospitalización, dado que la oferta del SUS es insuficiente, la distribución geográfica desigual y la integración de la red asistencial baja. Los municipios pequeños, de menos de 20 000 habitantes, tienen poca capacidad de gestión para enfrentar la fragmentación del sistema público de salud. La integración avanza con lentitud hacia la conformación de una real red funcional. Esto constituye un reto para lograr la integralidad del SUS.

En cuanto a la articulación intersectorial, se evaluó el porcentaje de participación de los profesionales en el equipo de la ESF. En el caso de los médicos, esta se encuentra por debajo del 42 % en todos los casos; se destaca en Belo Horizonte, donde es de 12,5 %; los en-

fermeros intervienen entre 50 % y 60 %, en Aracaju y Vitória; y entre 24 % y 39 % en Belo Horizonte y Florianópolis. La participación de los agentes comunitarios está entre 48 % y 51 %, en Aracaju y Vitória; y alrededor del 34 % en Belo Horizonte y Florianópolis; la correspondiente a los auxiliares y técnicos de enfermería se ubica entre 30 % y 35 % en las cuatro municipalidades.

El porcentaje de médicos que evalúan insatisfactoria su capacidad de mediación de acciones intersectoriales para enfrentar problemas de la comunidad está entre 65 % y 72 %; el porcentaje de familias que tuvieron conocimiento de reuniones organizadas por el equipo ESF para discutir problemas de salud del barrio se encuentra alrededor del 30 %, aunque se destaca Vitória, con un 42,5 %. El porcentaje de familias invitadas en los últimos doce meses por agentes comunitarios a participar de reuniones o actividades relativas a problemas del barrio oscila entre 14 % en Belo Horizonte, y 32 % en Vitória. El porcentaje de agentes comunitarios que realizan relevamiento de las necesidades de la población en saneamiento y medio ambiente se encuentra entre 57 % y 71 %.

Con estos y otros datos del estudio, los autores concluyen que los equipos de la ESF pueden desencadenar acciones intersectoriales, pero su gobernabilidad es limitada, lo cual genera insatisfacción. Estas acciones dependen ante todo de iniciativas generales del ejecutivo municipal que respalden acciones locales de los equipos de salud familiar en la que los agentes comunitarios tienen un papel destacado. De acuerdo con los resultados, la APS está condicionada por estrategias gubernamentales del gobierno central, así como por la búsqueda de la articulación intersectorial lideradas por las secretarias municipales y acciones comunitarias propiciadas por los equipos de la ESF.

Entre los retos para implementar una APS amplia integral e intersectorial figuran superar la fragmentación de la red de servicios y mejorar la formación de profesionales de la salud con la incorporación de médicos familiares en los equipos de salud. También se requiere fortalecer la financiación por medio de aportes federales y trabajar para disminuir las desigualdades sociales (Giovanella *et ál*., 2009).

Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Primaria y Acceso en la Atención Básica (PMAQ-AB)

Los equipos de salud se evalúan mediante un conjunto de criterios que hacen parte del Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Primaria y

Acceso en la Atención Básica (PMAQ-AB), creado por la Ordenanza 1654 del 19 de junio de 2011. Este es producto de la negociación de las tres esferas de gestión del SUS, el Ministerio de Salud, los estados representados por el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass) y los municipios representados por el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (Conasems). Su objetivo principal es "la ampliación del acceso y la mejora regional y local, de manera que permita mayor transparencia y efectividad de las acciones gubernamentales direccionadas a la Atención Primaria en Salud" (Ministerio de Salud, 2012, pp. 7-8). Reúne todo el esquema tanto de operativización del modelo de prestación de servicios, como de evaluación de la implementación de la atención primaria, gracias a lo cual garantiza un patrón de calidad comparable nacional. Es decir, vincula la recepción de recursos al logro de estándares de calidad.

El manual del PMAQ-AB de 2013 especifica sus cinco directrices:

1. Una puerta de entrada preferencial que coordine la red de prestación de servicios;
2. El aumento de la financiación e inversión por parte del Ministerio de Salud que garantice la calidad;
3. La infraestructura y modernización con criterios de equidad;
4. El crecimiento de la ESF para ampliar su cobertura y dar cuenta tanto de la diversidad nacional y la singularidad de grupos, como de poblaciones específicas vulnerables e inversión en infraestructura de sistemas de información modernos y unificados;
5. El adecuado complemento de los gestores, trabajadores y usuarios, en los tres niveles de gobierno para ampliar el acceso y la calidad de atención de la salud mediante la participación voluntaria, la contratación, la autoevaluación, la evaluación, la formación continua, el apoyo institucional, la vigilancia y la certificación (Ministerio de Salud, 2013).

El PMAQ-AB tiene cuatro fases de implementación, que conforman un ciclo continuo de mejora de la operativización de la APS: adhesión y contratación, desarrollo, evaluación externa y recontratación (Ministerio de Salud, 2012b; Ministerio de Salud, 2013).

El *proceso de adhesión es voluntario*, requiere un acuerdo previo entre los equipos de APS y el municipio antes de adherirse al Ministerio. Hay unos compromisos definidos por parte de los equipos, los municipios y el distrito federal, de los gestores estatales y del Ministerio

de Salud. También existen condiciones de permanencia (Ministerio de Salud, 2012b; Ministerio de Salud, 2013). En el año 2012 se contó con la adhesión de 17 000 equipos de la ESF. El segundo ciclo se realizó en 2013 con más de 30 000 equipos en 5211 municipalidades (Fidelis de Almeida, 2015).

La *fase de desarrollo* incluye autoevaluación, monitoreo, educación permanente y apoyo institucional. La autoevaluación busca un trabajo reflexivo de los equipos para analizar el proceso de trabajo y definir estrategias para superar los problemas y alcanzar las metas y objetivos. Para ello, los equipos cuentan con instrumentos que recogen las necesidades de evaluación del PMAQ-AB. Esta fase también estimula hacia el cambio efectivo del modelo de prestación de servicios centrado en las necesidades de los usuarios, repite patrones de calidad evaluables y viabiliza las propuestas de mejora.

El monitoreo busca orientar el proceso de negociación de metas y compromisos entre los gestores municipales y los equipos de trabajo, así como apoyar la definición de prioridades y programación de acciones de mejora de los participantes y gestores de las tres esferas gubernamentales. Además, promueve el aprendizaje institucional, la democratización y transparencia, la responsabilidad sanitaria y la implantación de un sistema de información adecuado. Para lograrlo, se usan indicadores para los equipos de salud bucal y para los núcleos de apoyo de Salud de la Familia. Existen indicadores específicos para los equipos que utilizan el Sistema de Información en Atención Básica y el e-SUS AB/SISAB.

La educación permanente se entiende como un proceso de gestión para el cambio de modelo. Dentro de esta se puede decir que "no trabajo, pero trabajo para el trabajo". Se estimula a que este proceso sea continuo y responda a las necesidades de capacitación que identifican los equipos para mejorar su desempeño diario. Por su parte, el apoyo institucional es una nueva forma de ofrecer apoyo gerencial. Incluye hacer explícitos los conflictos y enfrentarlos. Se hace desde el nivel federal hasta los estados y municipios. Los trabajadores deben trabajar en equipo, responder a las demandas de los usuarios, discutir y resolver casos complejos, dentro de muchas otras responsabilidades.

El esquema debe apoyar la institucionalización democrática, con modelos más verticales que promuevan la autonomía y compromiso de los trabajadores. Se requiera para este apoyo la coordinación del Ministerio de Salud, el Conasems y el Conass. Esto quiere decir que se deben coordinar las relaciones interfederativas, los puntos de atención básica con otros puntos de atención y el proceso de trabajo de los equipos en la

micropolítica de lo cotidiano (Ministerio de Salud, 2013).

La *evaluación externa* la realiza el Departamento de Atención Primaria (DAB) en conjunto con las instituciones de educación o de investigación de todo el país. Estas evaluarán el proceso mediante visitas de observación a las unidades básicas de salud (UBS), entrevistas a trabajadores y usuarios, así como verificación de los módulos electrónicos (Ministerio de Salud, 2013).

La *certificación* se refiere al reconocimiento del trabajo realizado. Incluye la implementación de los procesos autoevaluativos (10 %), la evaluación de indicadores contractuales (20 %) y la evaluación externa (70 %). Hay diferentes tipos de pares para esta evaluación y diversas denominaciones de acuerdo con el desempeño logrado (Ministerio de Salud, 2012b; Ministerio de Salud, 2013).

La *recontratación* consiste en las nuevas determinaciones y parámetros que surjan de todo el proceso de análisis de acuerdo con los resultados. Se espera que el nuevo compromiso tenga en cuenta la comparación de resultados entre equipos y los propios resultados de cada equipo evaluado (Ministerio de Salud, 2012b; Ministerio de Salud, 2013)[14].

En 2014 Brasil contaba con 34 013 centros y 10 651 puestos de salud. El 96 % de estos eran públicos. El PMAQ-AB de 2012 registró 38 800 UBS[15]. El 99 % de los equipos evaluados reportaron tener una central de regulación de consultas especializadas y 96 % una central de regulación de exámenes, lo que muestra una organización de los flujos asistenciales. Solo 58 % de las unidades evaluadas poseían los documentos de las referencias de las vías por las cuales los pacientes llegaban a consultas especializadas. Los usuarios informaron que un 49 % de los accesos a especialidades se programaron directamente desde los equipos de la ESF, y un 19 % afirma que tuvieron que buscar la asignación de la cita por fuera de estos (Fidelis de Almeida, 2014). Si bien se reconoce la necesidad de desarrollar la infraestructura de las Unidades Básicas de Salud (UBS) con estrategias como el Programa Nacio-

[14] Para mayor información sobre estos manuales del PMAQ-AB 2012-2013, puede consultarse http://www.saude.gov.br/bvs y http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq

[15] No se indican las características que tienen los centros y los puestos de salud que se incluyen en la estadística como unidades básicas de salud.

nal de Telesalud Brasil Redes, llama la atención que mecanismos más sencillos, como utilizar el teléfono para programar citas no se tengan en cuenta (Fidelis de Almeida, 2014).

En el análisis de los datos del PMAQ-AB de 2012, Fidelis de Almeida (2015) refiere que la marcación de las citas por la UBS (citas generadas desde las USB) puede llegar hasta 63 %, lo cual señala una tendencia a tomar las UBS como puerta de acceso del sistema.

La oferta de la atención hospitalaria se concentra en grandes ciudades. El 72 % está disponible para el SUS; sin embargo, 65 % de esta es privada. Existen herramientas para la microgestión clínica de los equipos de APS, que incluyen directrices clínicas, líneas de cuidado, gestión de la condición de salud, gestión de caso, auditoría clínica y lista de espera, definidos para apoyar y facilitar los seguimientos de parámetros de calidad de atención a la población por parte de los equipos de APS. El 70 % de los equipos tienen protocolos, principalmente para cáncer de útero o de seno, diabetes e hipertensión, aunque solo 43 % de los equipos los siguen, en especial en los casos de cáncer (Fidelis de Almeida, 2014; Fidelis de Almeida, 2015).

De acuerdo con el PMAQ-AB de 2012, solo 14 % de los equipos de APS usan medios electrónicos para el seguimiento de pacientes. Existen iniciativas como la e-SUS Atención Básica, que es un software de disponibilidad pública que pueden usar los profesionales de la APS, de los Núcleos de Apoyo de Salud de la Familia (NASF), Consultorio de Calle, Atención Domiciliaria, Gimnasio de la Salud y Programa Salud en la Escuela. Se espera que en el futuro pueda alimentar el Sistema para la Atención en la Salud en la Atención Básica (SISAB) y que se integre al Programa Nacional de Telesalud Brasil Redes (Fidelis de Almeida, 2014).

Existen formularios de declaración de cuentas que, en conjunto, se denominan Sistema de Apoyo al Informe de Gestión, y un esquema de gestión de las acciones de los equipos de APS para la planeación y gestión situacional, conocido como Mapa de la Salud. El componente de evaluación se denomina Índice de Desempeño del Sistema Único de Salud (IDSUS) e incluye indicadores de acceso y efectividad distribuidos en la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.

En cuanto a la forma de vinculación, el informe del PMAQ-AB de 2012 resalta que un 29 % de los profesionales que trabajan en los equipos de APS tienen contratos temporales, lo que no genera estabilidad que permita dar continuidad. Por lo general, se paga por salario y en algunos casos hay incentivos por desempeño. En cuanto a la participación social, según el PMAQ-AB de 2012, 59

% de los equipos de la ESF trabajan con consejos locales y 73 % disponen de canales de comunicación con los usuarios. Aunque estos consejos no son del todo mecanismos de participación ciudadana, se espera que puedan ser una vía para la creación de identidades colectivas (Fidelis de Almeida, 2014).

Aunque el discurso oficial señala al primer nivel como la puerta de entrada del sistema, Fidelis de Almeida (2015) afirma que el servicio de urgencias compite por esta función. Basa su observación en un estudio de Almeida y Santos, publicado en el 2014, en el que 35 % de los usuarios de tres municipalidades del estado de Bahía consultan al servicio de urgencias, aunque sea en horarios en que están abiertas las unidades de APS. También se apoya en datos del PMAQ-AB de 2012, según los cuales, aunque 93 % de los equipos de la ESF tienen posibilidad de reservar citas para el mismo día, 35 % de los usuarios no las solicitaron, porque pensaron que no se les resolvería el problema (32 %) o que estarían cerradas (35 %). El 31 % de los usuarios relataron que tuvieron que hacer fila antes de la apertura de la UBS (Fidelis de Almeida 2015). En general, los autores consultados no hacen referencia a cifras del PMAQ-AB de 2013, a pesar de que ya existe la proyección de la implementación del PMAQ-AB de 2015.

En conclusión, desde 1998, Brasil ha adquirido el compromiso de desarrollar su modelo de atención basado en los conceptos de la APS, y para ello ha desarrollado una normatividad coherente. En la operativización del modelo de atención ha progresado en la implantación de un modelo de organización de servicios de salud que finalmente se ha establecido como la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Su desarrollo se da en el contexto del modelo de atención, y su evaluación en el marco de la PMAQ-AB, incluye la articulación entre niveles, la participación comunitaria, el aporte a la intersectorialidad, entre otros parámetros que le dan coherencia a este propósito de establecer todo lo que promulga la APS. Han avanzado de forma importante y progresiva gracias a un plan de largo plazo, dentro del que se destaca la inversión presupuestal.

Síntesis

La Ley 8080 de 1990 instituyó en Brasil el Sistema Único de Salud, lo cual representó un cambio en el modelo de atención. Debido a la subfinanciación, la cobertura ha llegado a 75 %, por, lo cual requiere un sistema de salud suplementario, basado en el aseguramiento privado de aproximadamente 25 %, al que tienen acceso las clases más pudientes.

El modelo de atención sigue los principios de la APS y el modelo de prestación de servicios, denominado en un principio Programa de Salud de la Familia (PSF) y posteriormente Estrategia de Salud de la Familia (ESF), se basa en equipos de salud constituidos por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios, que se responsabilizan de poblaciones entre 3000 y 4500 personas. Estos equipos se han ido complementado con los Núcleos de Apoyo de Salud de la Familia (NASF), donde también participan otros profesionales, como psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y farmacoterapeutas, así como otras especialidades médicas, como ginecología, pediatría, psiquiatría y medicinas alternativas.

Para el correcto funcionamiento de los equipos de salud de la familia y los NASF, se han realizado procesos de descentralización, acuerdos entre municipios, estados y estado federal en los que se ha establecido el flujo de recursos entre ellos y sus responsabilidades. Mediante estos acuerdos ha disminuido la fragmentación, se ha facilitado la atención integral que se presta a través de la ESF, y se han destinado recursos específicos para la infraestructura y el recurso humano que requiere el modelo.

Los municipios se adhieren al proceso de implementación de la estrategia de forma voluntaria y tienen compromisos e incentivos definidos. Con este mecanismo, en 2014, funcionaban 31 000 equipos de los 66 000 que requiere el país. Esta estrategia ha demostrado impactos importantes en la salud, como la disminución de la mortalidad infantil, asociado al aumento de la cobertura de estos equipos. La estrategia tiene un esquema denominado Programa de Mejoramiento de la Calidad en Atención Primaria y Acceso

a la atención Básica (PMAQ-AB), con el que se han podido establecer con indicadores los aspectos en los que se ha progresado y aquellos en que cada equipo debe mejorar.

Los programas de residencia de Medicina Familiar comenzaron a desarrollarse antes de la conferencia de Alma Ata, celebrada en 1978. Históricamente han tenido diferentes denominaciones y han construido su identidad de manera progresiva. En 1981, adoptaron el nombre de Medicina General y Comunitaria, y en 2001 el de Medicina Familiar y Comunitaria. Han tenido que sobrevivir con una fuerte oposición e incomprensión de su necesidad, que hizo que se cerraran muchos de ellos, ya que los médicos formados en estos no tenían definidos sus espacios de actuación.

Con la implementación del PSF, se abrió el espacio para un campo de la salud definido para el médico de familia como puerta de entrada en el sistema. Su perfil de formación hace que sea idóneo para cumplir con este rol en los equipos de APS. Por esta razón, el número de programas de residencia de medicina familiar ha aumentado progresivamente hasta llegar a 120 entre 2014 y 2015. Sin embargo, también coexisten muchos programas de capacitación diferentes a las residencias médicas, que generan una discusión de trasfondo acerca de cuál es la formación que se requiere para ejercer adecuadamente el rol de puerta de entrada, discusión que involucra la comprensión del rol que desempeña la puerta de entrada en el sistema. ¿Es una actividad simple que no requiere una formación específica del recurso humano que actúa allí o es un área importante que define la organización y el tránsito de los pacientes desde la salud colectiva hasta la salud individual?

Es diciente que en 2014 se contara con 5000 médicos formados en APS y que solo 1500 de ellos tuvieran formación en residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Adicionalmente no todos estaban ubicados en los equipos de APS. Esto implica que los incentivos y las condiciones para ocupar las plazas en estos equipos no son las adecuadas para atraer a los médicos familiares. También llama la atención que, además del problema de cobertura, existe otro relacionado con la distribución del recurso huma-

no, lo cual requerirá estrategias específicas para solventarlo. A esto se suma que solo se ocupan, en promedio, 26 % de las plazas para la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Esto indica que, a pesar de la necesidad y los esfuerzos que se han hecho, la especialidad no es atractiva, socialmente no es tan valorada como otras, lo que también exige esfuerzos adicionales para comprender la situación y encontrar mejores estrategias.

Aunque conceptualmente la necesidad y las ventajas de la especialización marcan diferencias con el ejercicio de la medicina general no especializada, se requieren estudios específicos que permitan comprender mejor las implicaciones de contar con esta formación humanística centrada en las personas. También se necesita profundizar en las consecuencias de hacer énfasis en la promoción y la prevención y en los problemas clínicos más frecuentes. Se requiere, por ejemplo, resolver interrogantes como los siguientes: ¿Cómo cambia esto la resolutividad, la salud de las personas y la continuidad del sistema? En cuanto a la formación, es conveniente preguntarse si son o no homologables las competencias que se desarrollan en la práctica del modelo sin una formación específica y las que se desarrollan con programas alternos no formales.

A partir de 2018, Brasil le apuesta a convertir la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, o por lo menos a parte de esta, en un requisito para cursar otras especialidades. Este panorama deberá estudiarse para determinar la ganancia real que se tiene, o si solo se está contribuyendo a prolongar más la formación del médico que de por sí ya es más larga que la formación en cualquier otra profesión.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html

Aguilera, C. E. y Vieira, M. M. (2010). Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev. APS*, 13(2). Recuperado de https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14506

Anderson, Maria Inez Padula y Rodrigues, Ricardo Donato. (2011). Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 6*(18), pp. 9-20. Recuperado de https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/246

Becerril, V., Medina, G., y Aquino, R. (2011). *Sistema de salud de Brasil*. *Salud Pública de México, 53 supl* 2, S120-S131.

Bonilha, A. y Zanolli, L. (2011). O papel do pediatra no PSF-paidéia de Campinas (SP). *Ciência & Saúde Coletiva, 16 supl. 1*. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a83v16s1.pdf

Bustos-Saldaña, R., González-Blasco, P., Ramírez-Villaseñor, I. y Moreto, G. (2005). La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. *Archivos en Medicina Familiar*, 7. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1&id=50770101&cid=72962

Campos, C. E. A., y Izecksohn, M. M. V. (2010). Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Biblioteca Virtual Em Saúde*. *Rev. APS,* 13(2). Recuperado de https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14506

Craice De Benedetto, M. A., Gatti, G., y Lima da Costa, D. (2011). La literatura como recurso didáctico en la formación humanista de los estudiantes de medicina. *Aten Fam 2011, 18*(3), pp. 59-62.

Craice de Benedetto, M.A., Janaudis, M. A., Leoto, R. F. y González-Blasco, P. (2006). Pacientes, residentes y estudiantes descubriendo la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar, 18(1), p. 17.

Demarzo, M. M. P., Anderson, M. I. P. y Trindade, T. G. (2012). Criação e evolução da diretoria de graduação da SBMFC. *Revista Brasileira De Medicina De Família e Comunidade, 7*(22). doi: 10.5712/rbmfc7(22)451

Demarzo, M. M. P., Almeida, R. Cariri C. de, Marins, J. J. N., Trindade, T. G. d., Anderson, M. I. P., Stein, A. T... Belaciano, M. I. (2011). Diretrizes para o ensino na atençãoprimária à saúde na graduação em medicina. *Revista Brasileira De Medicina De Família e Comunidade, 6*(19), pp. 145-150. doi: 10.5712/rbmfc6(19)116

Enciclopedia Libre Universal en Español. Brasil. Recuperado de http://enciclopedia.us.es/index.php/Brasil

Falk, J. W. (2010). A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 1*(1), pp. 5-10. Recuperado de https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2

Falk, J. W. (2008a). História. SBMFC. Recuperado de https://www.sbmfc.org.br/historia/

Falk, J. W. (2008b). O Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC). Sobre o TEMFC. SBMFC. Recuperado de https://www.sbmfc.org.br/sobre-o-temfc/

Fernández Ortega MA, Arias Castillo L, Brandt Toro C, Irigoyen Coria A, Roo Prato J. (2012). Grupo de trabajo: Formación y capacitación de equipos de salud. IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011 *Arc Med Fam, 14*(4), pp. 93-112.

Ferreira, D. C. *et ál*. (2014). A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidad*e, 9(32), pp. 304-310. Recuperado de https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/782

Fidelis de Almeida, P. (2015). Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. En E. Báscolo, *et ál*. (eds.). *Atención primaria de salud en Suramérica*, pp. 155-194. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.

Fidelis de Almeida, P. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS Brasil. Recuperado de http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[234]ling[2]anx[749].pdf: http://www.isags-unasur.org.

Giovanella, L. (2013). Atención primaria en el sistema único de salud de Brasil. Observatorio Iberoamericano de Politicas e Sistemas de Saúde Rio de Janeiro, 1-2. Recuperado de: http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/APS-Giovanella_es-.pdf 23/04/2016.

Giovanella, L., *et ál*. (2009). Atención primaria en salud en Brasil: límites y posibilidades de implementación de un abordaje integral. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(3), pp. 783-794.

Giovanella, L., de Almeida, P. F., Romero, R. V., Oliveira, S., & Silva, H. T. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES), *39*(105), pp. 300-322.

Gomes da Trindade, T. (2014a). Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Recuperado de https://www.observatoriorh.org/experiencia-brasileira-de-formacao-em-medicina-de-familia-e-comunidade

_____. (2014b). Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade. Dialogo virtual sobre la formación de especialistas en medicina familiar. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/ThiagoGomes_brasil.pdf

_____. (2015). Residência Médica em Medicina De Família E Comunidade. Recuperado de http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/10_Seminario_20ago2015_Residencia_em_MGFC_Thiago-Trindade_SBMFC.pdf

González-Blasco, P. (2005). Promoviendo liderazgos en medicina de familia: una reflexion vital
. En *Pan-American Family Medicine Clinics*. Proceedings of the 9th Congress of Brazilian Society of Family Medicine, São Paulo, Brazil: Medicina Familiar Mexicana, 1.

González-Blasco, P., Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., y Janaudis, M. A. (2005). Medicina de familia y cine: Un recurso humanístico para educar la afectividad. *Atención Primaria, 36*(10), pp. 566-572.

González-Blasco, P., Haq, C., Freeman, J. y Janaudis, MA. (2004). Educando os Médicos para a Saúde no Brasil: o Papel da Medicina de Família. *Medicina: Jornal do Conselho Federal de Medicina, XX*(152), p. 18.

González-Blasco, P., Levites, M. R., Janaudis, M. A., Moreto, Graziela, Roncoletta, A. F. T. *et ál* (2008). Family medicine education in Brazil: challenges, opportunities, and innovations. *Academic Medicine, 83*(7), pp. 684-690.

González-Blasco, P., Roncoletta, A. F., Moreto, G., Janaudis, M. A. y Levites, M. R. (2006). Impacto de la medicina de familia en la Facultad de Medicina: Análisis cualitativo de una experiencia educativa. Recuperado de http://www.sobramfa.com.br/artigos/2006_impacto_de_la_medicina_de_familia_en_la_faculdade.pdf

González-Blasco, P., Roncoletta, A., Janaudis, M. A., Moreto, G Levites, M. R., García, D.S.O., Pinheiro, T.R. y Craice De Benedetto, M.A. (2012). La experiencia de Sobramfa: médicos familiares como profesores de seis facultades de medicina en São Paulo, Brasil. *Aten Fam., 19*(4), pp. 104-109.

Gutiérrez, J. A. (2014). Lanzan programa de apoyo profesional para médicos cubanos que deserten en Brasil. *Cafefuerte*. Sao Paulo Brasil. Recuperado de http://cafefuerte.com/cuba/12005-lanzan-programa-de-apoyo-para-medicos-cubanos-que-deserten-en-brasil/

Janaudis, M. A., González-Blasco, P., Haq, C., y Freeman, J. (2009). Formando médicos para a medicina de família e comunidade. *Revista Bioética, 15*(1). Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/27

Janaudis, M. A., Levites, M. R., Roncoletta, A. F. T; Garcia, D. S. O; Moreto, G., C. De Benedetto, M. A. *et ál*. (2009). Academic family medicine in Brazil. *Primary Care, 9*(15), pp. 280-281. Recuperado de http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2009/2009-15/2009-15-244.PDF

Lermen Junior, N. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis. (2014). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 9*(32), pp. 300-303. Recuperado de http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/992. doi: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)992.

Lermen Junior, N., y Norman, A. H. (2013). Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: Una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. *Medwave, 13*(1), e5588. doi: 10.5867/medwave.2013.01.5588

Levites R. M., Janaudis M. A., Moreto, G., Roncoletta, F.T.A., Albuquerque, I. C., González-Blasco, P. (2006). Procurando a Excelência na Formação dos Médicos de Família: O Programa Fitness, uma experiência innovadora. *Archivos en Medicina Familiar, 8*(1), pp. 83-96.

Macinko J., Guanais, F. C. y Souza, M. F. M. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*, 60, pp. 13-19.

Ministerio de Salud. (2011) *Saúde mais perto de você. Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria 2.488 de 21 de Outubro.

Ministerio de Salud. (2013). *Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF*. Secretaria De Atenção A Saúde Departamento De Atenção Básica. Brasília, DF.

Ministerio de Salud. (2012a). Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasilia, DF.

Ministerio de Salud. (2012b). *Salud más próxima de usted - Acceso y calidad programa nacional de mejora del acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ). Manual instructivo*. Secretaría de Atención de Salud Departamento de Atención Primaria Serie A. Normas y Manuales Técnicos Brasilia, DF.

Moreto, G., Janaudis, M.A., Levites, M.R., Roncoletta, A.F.T. y González-Blasco, P. (2006). La medicina familiar en Brasil: Experiencia histórica de Sobramfa. *Medigraphic, 9*(2), pp. 64-69.

Moreto, G., Croice de Benedetto, M. A., Roncoletta, A., Lamus, F. y González-Blasco, P. (2008). La educación médica y la propuesta "Salud para todos": la Declaración de Alma-Ata treinta años después. *Cuadernos de medicina en investigación y salud, 2*(2), pp. 109-119.

Oliveira, C. M., Cruz, M. M., Kanso, S., Reis, A. C., Lima, A., Torres, R. M., Cardoso, G., *et ál*. (2015). Evaluability of the Program to Value Primary Healthcare Professionals (PROVAB): management challenges. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(10), pp. 2999-3010. Recuperado de https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Oyama, D. H. M., y da Cruz Campos, E. (2010). A primeira residência brasileira de medicina de família dentro de uma instituição privada: A experiência das residentes | portal de búsqueda de la BVS. *O MundO da Saúde, 34*(3), pp. 384-88. Recuperado de https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_dez_primeira_residencia_brasileira_em_mf_em_instituicao_privada.pdf

Paim, J., Travassos C., Almeida C., Bahia L. y MacInko J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios. *Saúde no Brasil 1*. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

Praxedes Fernandes, E. y Moreto, G. (2011). Un modelo brasileño de educación continua en medicina familiar. *Modelo Brasileño de Educación Continua, 18*(3), pp. 63-65.

RBMFC (2014). Acerca de la revista. Historia de la revista. Recuperado de http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/about/history

Robespierre, C. R. (2015). The Mais Medicos Program - a conceptual mistake. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(2), pp. 421-24. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.00812014.

Roncoletta, A. F., Gonzalez-Blasco P., Moreto, G., Levites, M. (2007). Medicina de Familia y Universidad Brasileña (II): actividades docentes de la SOBRAMFA con estudiantes de medicina. *Tribuna Docente, 9*(2), pp. 1-6. Recuperado de http://www.sobramfa.com.br/artigos/2007_mar_medicina_de_familia_y_universidad_brasilena_ii.pdf

Roncoletta, A., Levites, M. R., Mônaco, C. F., y González-Blasco, P. (2009). Las nuevas competencias del médico familiar: Coordinando los cuidados del hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio. Una experiencia brasileña. *Archivos en Medicina Familiar, 11*(2), pp. 78-89. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719090005

Ruas, S. S. M. y Assunção, A. A. (2013). Teleconsultations by primary care physicians of Belo Horizonte: Challenges in the diffusion of innovation. *Telemedicine and E-Health, 19*(5), pp. 409-14. doi:10.1089/tmj.2012.0095

Santos, L. M., Costa, A. M. y Girardi, S. N. (2015). Mais Medicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(11), pp. 3547-3552. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26602731

SBMFC. (2004). A Medicina De Familia e Comunidade: O Que, Como, Quando, Onde, Por que. www.sbmfc.org.br. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/medicina_de_familia.pdf

____. (2014). Grupos de Trabalho. Recuperado de http://www.sbmfc.org.br/grupos-de-trabalho/

____. (2015a). Concurso Atual. Recuperado de http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=16

____. (2015b). sbmfc.org.br/Residência Médica. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=-mostraPagina&paginaId=22

Sobramfa. (2014a). Qué es Sobramfa. Recuperado de https://sobramfa.com.br/esp/institucional/ Link comprobado 24/06/2019

____. (2014b). Artículos. Recuperado de http://sobramfa.com.br/esp/articulos/

____. (2014c). Artigos. Recuperado de http://sobramfa.com.br/cientifico/artigos/

Usaid/OMS/OPS. (2008). Perfil de los sistemas de salud Brasil. *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio/reforma*. Brasilia, Brasil.: Usaid.

Valente, R. R., Nassar Júnior, A. P., Levites, M. R., y Gonzáles-Blasco, P. (2004). Medicina de família: Um corpo próprio de conhecimentos; family medicine: A body of knowledge itself. *Diagn. Tratamento, 9*(2), pp. 61-63. Recuperado de https://sobramfa.com.br/cientifico/wp-content/uploads/2014/10/2004_jan_um_corpo_proprio_de_conhecimentos.pdf

Lista de tablas

Tabla 2.11. Indicadores demográficos y de salud de Brasil (2008-2015).....264

Lista de siglas

ABEM: Asociación Brasileña de Educación Médica
CFM: Consejo Federal de Medicina
CNRM: Comisión Nacional de Residencias Médicas
Conasems: Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud
Conass: Consejo Nacional de Secretarios de Salud
ESF: Estrategia de Salud de la Familia
INAMPS: Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social
INPS: Instituto de Nacional de Previsión Social
NASF: Núcleos de Apoyo de Salud de la Familia
PAB: Piso de Atención Básica
PMAQ-AB: Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Primaria y Acceso en la Atención Básica
PNAB: Política Nacional de Atención Básica
PSF: Programa de Salud de la Familia
Renases: Relación Nacional de Acciones y Servicios de Salud
SAMS: Sistema de Atención Médica Suplementario
SBMFC: Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (a partir de 2001)
Sobramfa: Sociedad Brasileña de Medicina Familiar

SUDS: Sistema Unificado y Descentralizado de Salud
SUS: Sistema Único de Salud
UBS: Unidad Básica de Salud
USF: Unidades de Salud de la Familia

Costa Rica

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Paola Andrea Tulcán Rodríguez

Rosa Elena Cardozo Mesa

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

La República de Costa Rica es un estado democrático, conformado por provincias divididas en municipios y distritos. Su capital y centro económico es la ciudad de San José. Con un territorio de 51 100 km^2, limita al norte con Nicaragua, al sur con Panamá, al este con el Océano Atlántico y al oeste con el Océano Pacífico. Su idioma oficial es el español y la religión predominante es la católica romana, seguida de la cristiana (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

La distribución estimada por grupos de edad para 2014 era:

0-14 años: 23,5 % (hombres 570 311 / mujeres 545 026)

15-24 años: 17,5 % (hombres 423 340 / mujeres 407 335)

25-54 años: 43,8 % (hombres 1 045 296 / mujeres 1 035 273)

55-64 años: 8,3 % (hombres 193 205 / mujeres 201 377)

65 años y más: 6,8 % (hombres 154 467 / mujeres 179 604) (CIA, 2014).

La Tabla 2.12 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 2.12. Indicadores demográficos y de salud en Costa Rica (2013-2015)

Indicador	Costa Rica
Población total (miles)	34 834 841 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	89,0 (2011)[c]
Expectativa de vida (años)	79,6 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	8,5 [6,8-10,7] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	25 [20-29] (2015)[b]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	10,29 (2014 est.)[b]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	8,31 (2014 est.)[b]
Médicos por 1000 personas	1,11 (2013)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	0,77 (2013)[b]
Gasto total en salud como % del PIB	9,9 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	75,0 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	26,9 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	23,3 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	753 (2013)[b]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras
n.v. nacidos vivos
PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.
[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.
[c] "Sistema de Salud de Costa Rica", por M.R. Sáenz, M. Acosta, J. Muiser y J.L. Bermúdez.

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes

El sistema de salud de Costa Rica se originó entre 1941 y 1943 con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En 1956 el Ministerio de Salud tomó la decisión de incluir a los familiares de los trabajadores afiliados, lo cual hizo que en 1961 el seguro se extendiera a toda la población (Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez, 2011).

En la década de setenta, se llevó a cabo la primera reforma del sistema de salud. En 1971, mediante la Ley 4750, se implementó la cobertura universal, ofrecida por la CCSS. Para esto se requirió el traspaso de los recursos que asignaba el Ministerio de Salud, de los hospitales, a la CCSS, para que esta los administrara. En 1973 se promulgó la Ley 5395 o Ley General de Salud, que declaró la salud como un bien de interés público.

Un año después, la Ley 5276 de 1974 sobre el Desarrollo Social y Asignaciones Familiares dio soporte económico a los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria Urbana. La implementación del segundo programa permitió ampliar la cobertura de 10 % de la población, en 1971, y a dos tercios aproximadamente en 1985 (Vargas, 2006). Sin embargo, para esta época, su funcionamiento se deterioró por reducciones presupuestales para su mantenimiento y modernización. Por ejemplo, los programas de Salud Comunitaria debieron afrontar el proceso de urbanización acelerada del país,

lo cual generó desempleo, pobreza, hacinamiento, exposición a infecciones y desnutrición, principalmente en los niños. Durante los años de implementación de esta reforma se desarrollaron los procesos de regionalización y se establecieron los mecanismos de colaboración entre el Ministerio de Salud y la CCSS (Vargas, 2006).

En 1984 se creó la ley llamada Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado sobre la cobertura de la población en condición de pobreza (Sáenz *et ál*., 2011; Sauma, 2013). En 1987, se integraron los programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria Urbana en uno solo, denominado Programa de Atención Primaria de Salud.

Entre 1985 y 1995, la OPS/OMS impulsó el esquema de Sistemas Locales de Salud (SILOS), cuyos conceptos incluyen: la descentralización y la desconcentración; la participación social; la intersectorialidad; la readecuación de mecanismos de financiación; la atención integral de la salud al individuo, la familia y la comunidad; la programación local de acuerdo con necesidades identificadas; un sistema de información en salud para SILOS; el desarrollo de nuevos enfoques de atención y de la capacidad administrativa del nivel local. En el caso costarricense, implementar el esquema SILOS requería un cambio estructural en el Ministerio de Salud y la CCSS, que se inició en 1990 y se concretó en 1993 como el Proyecto de Reforma del Sector Salud, con el aval de estas dos entidades y de los partidos políticos (Vargas, 2006). Este impulsó la modernización de la CCSS, teniendo en cuenta la atención primaria en la creación y consolidación de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (Ebais), para dar cobertura a todo el país (Báez, 2003; Sáenz *et ál*., 2011; Sauma, 2013). Entre el 2004 y el 2006 se reglamentó la afiliación de trabajadores independientes.

Estructura

El sector salud de Costa Rica es un sistema de seguridad social con predominio del sector público. Su ente rector es el Ministerio de Salud. En el sector público, la aseguradora estatal es la CCSS, institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios en salud. Adicionalmente, otorga protección económica y social, tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos, con cubrimiento de invalidez, vejez y muerte. Los proveedores inmediatos de la atención son: los Ebais, los hospitales, las cooperativas y las universidades en convenio con la CCSS, además de los centros nacionales de rehabilitación para personas con discapacidad (Sáenz *et ál*., 2011).

El Instituto Nacional de Seguros es la segunda institución financiadora, compradora y proveedora de servicios de salud. Recauda las primas obligatorias y administra la prestación de servicios médicos asociados a esos seguros. Le corresponde administrar el Seguro de Riesgos del Trabajo y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Posee instalaciones propias para atender a los asegurados (Herrero y Durán, 2001).

El Ministerio de Salud, como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas, como los Centros de Educación y Nutrición, los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, se encargan de la administración y financiación de los recursos con los cuales se atiende a las poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente (Sáenz *et ál*., 2011).

Desde la década de 1990, la CCSS administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) y el régimen no contributivo. Sus beneficios se detallan en el Reglamento de Salud de 2006 (OPS, 2009). El SEM cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia am-

bulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio; asistencia en salud oral, y asistencia social, individual y familiar. El SIVM incluye pensión por vejez, por invalidez, por orfandad y por viudez. Finalmente, el régimen no contributivo provee aseguramiento a las personas y sus familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y otras prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda. Están excluidas de subsidios las secuelas de un aborto intencional (Sáenz *et ál*., 2011).

Las personas con discapacidad permanente o temporal y con necesidad de servicios de rehabilitación física o cognitiva son atendidas por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, mientras que las familias con necesidades nutricionales reciben apoyo de los Centros Infantiles de Atención Integral, y aquellos con problemas de alcoholismo y drogas en el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (Sáenz *et ál*., 2011).

El sector privado comprende una amplia red de proveedores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. A este pertenece una variedad de compañías aseguradoras, que para el 2011 eran cinco: las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados. Estas instituciones brindan servicios de atención integral en salud, que incluyen tratamiento y diagnóstico (Sáenz *et ál*., 2011).

Aunque se aspira a tener una cobertura de 100 % en seguridad social, un porcentaje de la población no está cubierta; entre ellos, los trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas o en condición de pobreza no informadas de sus derechos y trabajadores del sector agrícola (Sáenz *et ál*., 2011). Sin embargo, en el 2012, 45,4 % de los afiliados eran asegurados directos, el 40 % asegurados indirectos, por ser familiares, y 14,8 % de la población no estaba asegurada (Sauma, 2013).

Financiación

El sector público se financia mediante los aportes tanto de los asegurados, obligatorios para asalariados, como de los empleadores y las contribuciones del Estado, siendo esta la principal fuente para el aseguramiento de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En el 2012 la contribución de los trabajadores asalariados era de 15 % de la base de cotizacion del ingreso laboral; de estos, 5,5 % lo aporta el trabajador, 9,25 % el empleador y 0,25 % el Estado. Los trabajadores independientes aportan 12 % de sus ingresos; sin embargo, hay tambien un apoyo estatal que varía entre 0 % para altos ingresos y 8 % para salarios mínimos (el trabajador aporta hasta 4 %) (Sauma, 2013).

La CCSS también recibe fondos de trabajadores independientes, la lotería electrónica, impuestos nacionales al licor y el cigarrillo, así como a 20 % del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Fodesaf). El Fondo es un instrumento de la política social selectiva, encargado de asignar recursos internos, que corresponden a un 0,3 % del producto interno bruto (Sáenz *et ál*., 2011; Fodesaf, 2016).

El Ministerio de Salud financia múltiples programas que benefician a poblaciones específicas, como personas discapacitadas y con necesidades de servicios de rehabilitación. Otro programa está dirigido a niños y familias con problemas nutricionales y a personas con problemas de adicciones. Estos programas son coordinados por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, el Centros Infantiles de Atención Integral y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, respectivamente (Sáenz *et ál*., 2011; OPS, 2009).

El sector privado es financiado con los recursos propios de cada usuario. Sus proveedores tienen convenios con el Instituto Nacional de Seguros, que ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y con aseguradoras que ofrecen un seguro privado de salud (Sáenz *et ál*., 2011).

Modelo de atención y de prestación de servicios

En 1993, gracias al Proyecto de Reforma del Sector Salud, el modelo de atención pasó de un enfoque biologista a otro integral, con énfasis en la promoción y la prevención, orientado a la familia, la comunidad y el ambiente, acorde con los principios de la atención primaria en salud (APS). Esta transformación tiene como antecedentes tres leyes promulgadas en la década de 1970, época en la cual se desarrolló la primera reforma del sistema de salud. La Ley 4750 de 1971 implementó la cobertura universal, la Ley 5395 de 1973 o Ley General de Salud declaró la salud como un bien de interés público, y a Ley 5276 de 1974 sobre el Desarrollo Social y Asignaciones Familiares dio soporte económico a los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria Urbana (véase sección Antecedentes, pág. 339). Con este cambio, el país se dividió en 90 áreas de salud, se identificaron las áreas con mayor pobreza y se dio cobertura con los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (Ebais) (Herrero y Durán, 2001).

Esta segunda reforma retomó algunas experiencias de los programas de Salud Rural, como la asignación poblacional por áreas de salud, el esquema de diagnóstico de la situación de salud mediante fichas familiares, un esquema de registros de datos básicos por localidad, un sistema de información, y las visitas domiciliarias (Vargas, 2006). Además, se buscó consolidar el programa de salud de atención primaria como ejemplo para el resto del continente, con una nueva estrategia de ley que permitiera brindar calidad en la atención (Sauma, 2013).

De acuerdo con Vargas (2006), los principios que sigue el sistema de salud costarricense son: universalidad, solidaridad y equidad. Las características del modelo de atención son: integralidad y continuidad, sujetos de atención, planificación basada en necesidades y prioridades de salud, asignación de familias a equipos de salud, capacitación y educación permanente de los recursos humanos, desarrollo de un proceso de gerencia

estratégica local, integración de equipos básicos y de apoyo, participación social, sistema de información, garantía de calidad, financiamiento del modelo, descentralización administrativa, regionalización, niveles de atención y programas prioritarios.

Estos últimos se centran en la atención integral del niño (0 a 9 años), del adolescente (10 a 19 años), de la mujer, del adulto y del adulto mayor (65 años y más). Los programas enfocados en grupos etarios tienen actividades generales: educación y promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, referencia y contrarreferencia de pacientes, promoción de la salud y participación social, promoción de la participación intersectorial y docencia e investigación. Otro programa se encarga del cuidado del ambiente (Vargas, 2006).

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención. En el primero se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (Ebais). Tienen adscritos cinco programas de atención integral, organizados por condición etaria: niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. Este servicio se proporciona anualmente para promoción y prevención de la salud, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Se realiza en los ámbitos domiciliario, comunitario y escolar, y en la consulta externa de los establecimientos de salud (Rodríguez y Bustelo, 2008).

El segundo nivel lo conforma una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que apoyan el primer nivel, proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos de las especialidades básicas de medicina (cirugía, ginecología y obstetricia y pediatría), así como de algunas especialidades médico-quirúrgicas de gran demanda como oftalmología, dermatología y urología y, por consiguiente, hospitalizaciones cortas (Rodríguez y Bustelo, 2008). El tercer nivel comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la mayor

complejidad y especialización. Ofrece servicios de hospitalizaciones y médico-quirúrgicos de alta complejidad, que se brindan en los hospitales nacionales generales y especializados (OPS, 2009).

Adicionalmente, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) contribuye con otros contratos a proveedores del sector privado, con y sin fines de lucro, bajo varias figuras cuando lo considera necesario. La Asociación de Servicios Médicos Costarricenses y la Universidad de Costa Rica atienden a 15 % de la población con base en contratos para el primer nivel de atención. Estos proveedores, en caso de complejidad, deben referir a sus pacientes al segundo y tercer nivel de la red pública. La CCSS también contrata servicios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer (OPS, 2009).

Los tres niveles de atención se organizan en redes, y cada uno tiene adscrito un conjunto de establecimientos para cubrir ciertas áreas de salud. La Red Noroeste es la más grande y está conformada por 59 áreas de la salud, cuatro hospitales regionales y siete hospitales perifericos. El Hospital Mexico es la institución de referencia del tercer nivel. Integra las regiones Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte. La Red Este reúne 27 áreas de salud, dos hospitales regionales y dos hospitales perifericos. El Hospital Calderón Guardia es la institución de referencia de tercer nivel. Comprende las regiones Huetar, Atlántica y gran parte de la zona Central Sur. La Red Sur está compuesta por 16 áreas de salud, un hospital regional y cuatro hospitales periféricos. La institución de referencia en el tercer nivel es el Hospital San Juan de Dios. Agrupa las regiones de Brunca y parte de la región Central Sur (Sauma, 2013).

Una evaluación del modelo de atención y de la integración de los tres niveles dentro de este, realizada en 2011 por un equipo de especialistas costarricenses y de la OPS, encontró que se habían presentado dificultades en la gestión: los recaudos habían disminuido mientras los gastos habían aumentado de forma desproporcionada, principalmente mediante el incremento de la nómina y de los salarios. Sin embargo, hasta el 2013 no se ha-

bían aplicado correctivos de fondo que permitieran revertir esta situación (Sauma, 2013).

Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (Ebais)

Cada Equipo Básico de Atención Integral de Salud está integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria, un asistente técnico en registros médicos (en el caso de Ebais desconcentrados), y un técnico de salud en farmacia (Sauma, 2013). Los Equipos atienden a grupos poblacionales de 3500 a 4000 personas, y pueden contar con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria. Para mejorar el acceso a los servicios, también ofrecen Puestos de Visitas Periódicas que sirven de base a los desplazamientos que hacen los equipos en zonas de difícil acceso (Torres, 2011), servicios de apoyo como unidades de transporte (Sáenz, 2015) y la posibilidad de asignar citas por Internet (Solís, 2014).

En 1995, se inauguró la primera área de salud, con 10 Ebais en el cantón de Barranca, Puntarenas. En 1997 estaban en operación 335 Ebais en 45 áreas de salud. La cobertura ofrecida por los Equipos pasó de 25,0 % de la población, en 1995, a 86,3 % en 2003, con un pico máximo de 87,0 % en el 2002 (Vargas, 2006). En diciembre de 2010, se contaba con 103 con áreas de salud y 1011 Ebais (Sauma, 2013). Dos años después, se calculaba un número de 1013 con una cobertura que ascendía a 94 % de la poblacion (CCSS, 2012).

El aumento de estos equipos se acompañó de un incremento de las consultas generales: de 3995 millones en 1996, a 6328 millones en 2003; mientras tanto, las consultas especializadas solo aumentaron de 2291 a 2595, en ese mismo periodo (Vargas, 2006). En el 2011, se registraron 1,6 consultas de medicina general en promedio por cada habitante (160/100) y 58,66 consultas especializadas por cada 100 habitantes (Sauma, 2013).

El aumento de las consultas prenatales fue de 51,8 % en 1994, y alcanzó 91,5 % en el 2000; la tasa de natalidad por mil habitantes se redujo de 23,8 a 17,5, en esos años. La mortalidad por cáncer maligno de cuello uterino pasó de 9,1 en 1994 a 4,8 por cien mil habitantes en el 2002; la tasa de mortalidad infantil descendió 5,6 puntos, de 15,7 a 10,1 niños nacidos vivos, y la tasa de defunción por enfermedades cardiovasculares se redujo de 15,5 por cien mil habitantes, en 1996, a 10,4 en el 200. Estos resultados pueden interpretarse como buenos indicadores de la implementación del modelo (Vargas, 2006).

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

En 1960 se creó el primer pregrado de medicina avalado por la Universidad de Costa Rica, de carácter público, y con el apoyo de una universidad estadounidense que seguía los esquemas de formación básica y clínica. En 1992, surgieron los programas privados. En cualquiera de las dos opciones, el plan de estudios dura cinco años de estudio y uno de internado (Davis, Haggerty y Filion-Laporte, 1992).

Hasta 1974 los médicos que querían tener una formación posgraduada debían viajar al extranjero. Con el fin de tener recursos humanos adecuados a las necesidades en salud de la población, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) inauguró ese año el Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social. La Universidad de Costa Rica creó el Sistema de Estudios de Posgrado, que comenzó a funcionar en 1975, y a mediados de la década de 1980 abrió la opción para especialidades de

Medicina, programas que funcionan en la CCSS (Pérez, 2012). En 1992 la Caja contaba con 34 especialidades, y aproximadamente el 90 % de los especialistas del país se forman allí (Davis *et ál*., 1992).

Durante los años de instauración de las especialidades (1974-1987), se evidenció una crisis asociada a la poca credibilidad en el médico generalista, quien tenía una tasa de remisión de 35 %. Esta poca resolutividad devaluó el rol del médico de cabecera y acrecentó el fraccionamiento de la prestación de servicios en el sistema. De acuerdo con Davis, Haggerty y Filion-Laporte (1992), esta situación generó la necesidad de contar con médicos formados en atención primaria, con competencias para resolver la mayoría de problemas y capaces de cerrar la brecha existente entre el Ministerio de Salud y la CCSS, en una práctica que integrara la promoción y la prevención, y la curación y la rehabilitación de las personas atendidas en un nuevo modelo con centros integrados y equipos multidisciplinarios en que se prestara un cuidado integral.

En 1987 entró en funcionamiento el programa de Medicina Familiar en la Universidad de Costa Rica, gracias a la gestión de un grupo de médicos especialistas formados en el exterior que querían ayudar a la población de médicos que no podían acceder a la especialidad. Con la asesoría del Centro Internacional para la Medicina Familiar, se diseñó un programa de tres años, que incluía año y medio de rotaciones hospitalarias seguidas de un año de práctica en comunidad. Este programa comenzó en febrero de ese año, sin tener docentes modelo para desarrollarlo de manera adecuada. Se requirió entonces el apoyo de una institución con experiencia en este tipo de formación, y fue así como en 1988 se seleccionó a la Universidad McGill de Canadá (Davis *et ál*., 1992). Una vez definidos los términos de la asesoría al programa, se contó con el apoyo financiero de la Fundación Rockefeller y de la Canadian Public Health Association, durante cuatro años, a partir de 1989.

La Universidad McGill designó un docente sénior, y se recibió la colaboración de un recién egresado de Medicina Familiar de la Universidad

de California, que participó en el proyecto durante diez meses sin recibir salario. Este proyecto tuvo dos objetivos: primero, formar residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que integraran un cuerpo médico de la especialidad en Costa Rica y, segundo, formar docentes en el área con base en esta experiencia (Davis *et ál*., 1992).

La transformación y el cambio del sistema de salud que se dio en la década de 1990 requirieron una reforma educativa en las escuelas de Medicina, que evolucionaron hacia un modelo centrado en la medicina comunitaria y preventiva. Se pasó entonces de un sistema curativo a uno con elementos de promoción de la salud con base en el conocimiento epidemiológico y entrenamiento en dichas necesidades. Esto ha permitido formar profesionales idóneos con habilidades para responder a la comunidad (Vargas, 2006).

Entre 2009 y 2014, la CCSS y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social trabajaron en un proyecto de regionalización de la especialidad en Medicina Familiar, con el fin de que, "para 2025, *cada persona asegurada tenga asignado un médico de cabecera*" (O`Neal , 2015). En desarrollo de este proyecto, en la provincia de Guanacaste, en la región de Chorotega, en el 2015, se graduó la tercera promoción de especialistas de la región (O`Neal , 2015). De acuerdo con el doctor Héctor Araya Zamora, coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, quienes fueron seleccionados para especializarse "venían trabajando en la zona, conocían sus necesidades y tenían un vínculo de afecto y arraigo a su comunidad" (citado en O`Neal, 2015).

Los médicos familiares en Costa Rica se encuentran agremiados en la Asociación de Médicos Familiares de Costa Rica, también conocida como Asociación Costarricense de Medicina Familiar. Su presidente, el doctor Thomas Meoño Martín, lideró la V Cumbre Iberoamericana de Medicina familiar y el I Congreso Mesoamericano de Medicina Familiar realizado

en San José de Costa Rica en abril de 2016. Las fuentes consultadas no ofrecen mayores detalles sobre la creación y desarrollo de la Asociación.

Características del programa académico

El programa de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, creado en 1987 en la Universidad de Costa Rica, inicialmente duró tres años, y desde el 2003 se amplió a cuatro años (Báez, 2003), tiempo que se conserva en la actualidad (Araya, 2016). Entre 1990 y 2003, el plan de estudios transformó los contenidos en respuesta a los cambios sugeridos en la reforma del sector salud. Se propuso ampliar el tiempo de algunos cursos como Medicina interna, Geriatría y Gerontología, y las acciones que el residente realiza en las comunidades. Se estableció también la conexión con rehabilitación y atención ambulatoria del paciente con dolor crónico y cuidado paliativo, entre otros (Báez, 2003). Durante los primeros años de la especialidad había entre 8 y 10 cupos para residentes; para el 2006 se tenía entre 3 y 4 cupos (Vargas, 2006). Sin embargo, para el 2013 se aumentó el cupo a 12 residentes por año, número que se ha mantenido hasta 2016 (Araya, 2016).

El plan de estudios de 2003 se elaboró con base en cuatro componentes:

1. Cursos teóricos en epidemiología, salud comunitaria, administración de servicios de salud y medicina familiar.
2. Pasantías por servicios ambulatorios en clínicas con servicios ambulatorios de la CCSS.
3. Rotaciones por diversas especialidades en hospitales de alta complejidad.
4. Turnos nocturnos en un hospital, en servicios de medicina interna y de emergencias (Báez, 2003).

El plan de estudios de 2003 se organiza de manera semestral, tal como se presenta a continuación.

En el primer semestre (primer año) se imparte Medicina Interna práctica clínica (PC) por seis meses en el hospital asignado, en el segundo semestre se imparte Medicina familiar I, Curso Teórico Práctico Integral (CTPI) en el que se tienen dos horas semanales por tres meses en el aula universitaria y la comunidad. También se imparte Ginecología y Obstetricia (PC) por tres meses en el Hospital asignado (Báez, 2003; UCR-SEP, 2016)

En el tercer semestre (segundo año) se imparte Geriatría (PC) por cuatro meses en el hospital asignado, y Psiquiatría (PC) por dos meses en el hospital asignado. En este semestre se tiene medicina familiar II (CTPI), dos horas semanales en el aula universitaria y la comunidad, Psicología de la salud curso teórico (CT) por dos horas semanales en el aula universitaria. En el cuarto semestre se tiene Pediatría (PC) por cuatro meses en el hospital asignado, Emergencias quirúrgicas (PC) por un mes en el hospital asignado, Cirugía general (PC) por un mes en el hospital asignado. Se tiene también Epidemiología (CT) tres horas semanales en el aula universitaria e Intervención familiar (CTPI) tres horas semanales en el aula universitaria (Báez, 2003; UCR-SEP, 2016).

En el quinto semestre (tercer año) se tiene Dermatología (PC) por dos meses en la clínica asignada, Endocrinología (PC) por un mes en el hospital asignado, Neonatología (PC) por un mes en el hospital asignado, Otorrinolaringología (PC) por un mes en el hospital asignado y Oftalmología (PC) por un mes en la clínica asignada. En la versión de 2012 aparece adicionalmente VIH Clínica por un mes. También se tiene Gestión en salud (CT) dos horas semanales en el aula universitaria, Principios de salud pública (CT) dos horas semanales en el aula universitaria. En el cuarto semestre se tiene Ortopedia (PC) por un mes en el hospital asignado, Clínica del dolor y Cuidados paliativos (PC) por un mes en el hospital asignado, Medicina física y rehabilitación (PC) por un mes en el hospital asignado, Medicina familiar y comunitaria I (CTPI) por tres meses en la comunidad. También

se tiene Investigación en atención primaria (CT) dos horas semanales en el aula universitaria (Báez, 2003; UCR-SEP, 2016).

En el séptimo semestre (cuarto año) se tiene Medicina familiar y comunitaria II (CTPI) por seis meses en la comunidad y se tiene el trabajo final de graduación en el que se tiene tutoría de investigación (TI) dos horas semanales en la comunidad. Finalmente en el octavo semestre se tiene Medicina familiar y comunidad III (CTPI) por seis meses en la comunidad y el proyecto final de graduación (TI) dos horas semanales en la comunidad.

Según la página web de la Universidad de Costa Rica, el plan de estudios actualizado en 2012 solo incluye un cambio: la adición de la rotación de VIH en el primer semestre del tercer año. Sin embargo, no se aclara si ese mes se adiciona al tiempo existente o implica reducir en un mes la duración de otro curso.

Se espera que el egresado tenga una mayor capacidad e interés en educar a sus pacientes y guiar a su población hacia la toma de conciencia sobre su estilo de vida; también que sea resolutivo, integral y que brinde un trato humano al paciente y a su familia. En el 2015 el país contaba con un total de 158 especialistas en esta rama, que vienen formándose en la gran área metropolitana desde el año 1990, con nuevas experiencias innovadoras de formación en el área rural (O`Neal, 2015).

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

Según el perfil del egresado de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, realizado en 2003, este profesional puede cumplir con tres roles asistenciales. El primero, como asistente especialista de medicina familiar y comunitaria con las siguentes funciones: garantizar la atención integral

al individuo, la familia y la comunidad; capacitar al equipo y mantener los procesos actualizados; realizar una consulta integral (lo que incluye una historia clínica, un plan diagnóstico y de tratamiento); y participar en la evaluación periódica de la calidad de los resultados de la atención médica. Respecto a la comunidad, se espera que colabore en la promoción y adopción de estilos de vida saludables, así como en la capacitacion de sus miembros, y que planifique estrategias de trabajo comunitario y comprometa al equipo en la gestión comunitaria.

El segundo rol es el de médico asistente especialista ubicado en los equipos de apoyo, cuyas funciones son: ofrecer apoyo técnico al Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (Ebais), implementar acciones para la atención integral en los ambientes familiar, comunitario, educacional y laboral; optimizar los recursos existentes para atender a la población; participar en la elaboracion del plan local de salud; supervisar las acciones del Ebais a partir de un plan operativo según prioridades; detectar, clasificar y dar seguimiento a situaciones de riesgo en salud detectadas; promover y participar en acciones de desarrollo del recurso humano en el primer nivel de atención; gestionar la informacion del área desde la recoleccion hasta el análisis de esta; promover, participar y asesorar investigaciones operativas y coordinar con las demás unidades del área la participacion de los Ebais y de otros actores sociales. El tercer rol es el del médico asistente especialista en medicina familiar, que ofrece atención integral en la práctica privada, cuya responsabilidad es brindar atención integral a las personas independientemente de su edad, sexo o problema por el que consulte, ya sea en consulta espontánea o programada (Báez, 2003).

También se describen roles de investigador en el área educativa y gerencial administrativa. Esta última comprende asesoría técnica, dirección de programas y coordinación del Ebais (Baez, 2003). En el Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención realizado en 2004, se menciona el rol del medico familiar en los equipos de apoyo

para realizar supervisión técnica y administrativa, educación continuada y atención de referencia de casos en los Ebais (García, 2004).

De acuerdo con Vargas (2006), los egresados especialistas en medicina familiar y comunitaria tuvieron dificultades para ser reconocidos como puerta de entrada en los puestos de trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto hizo que ocuparan puestos administrativos o docentes. Algunos hacen parte del Equipo de Apoyo a las Áreas de Salud, aunque no en todas, en parte por su baja disponibilidad.

Rol del médico familiar en el desarrollo de la APS

Aunque no se han publicado investigaciones sobre el papel que desempeña el médico familiar en el desarrollo de la APS, se conocen algunos datos por comunicaciones personales, artículos periodísticos y páginas web tanto de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como de otras instituciones del sistema de salud. Por ejemplo, el doctor Nelson Ledesma, médico familiar egresado de la Universidad de Costa Rica menciona que, aunque en 1987 los primeros médicos familiares laboraron en actividades más administrativas, las promociones más recientes han encontrado ubicaciones más clínicas, sobre todo como médicos de referencia para atención de grupos específicos de pacientes, como personas con patologías crónicas o control prenatal de alto riesgo, entre otras (comunicación personal, abril de 2016).

El Hospital Clínica Bíblica (2016), de carácter privado, oferta en su página web la medicina familiar como una "Especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento".

En el 2013, según un artículo publicado en la página web de la CCSS sobre cinco especialistas formados en la región Chototega, se esperaba que

el médico familiar pudiera reforzar el trabajo del primer nivel de atención mejorando la capacidad de respuesta de este nivel, siendo un puente entre el primer y segundo nivel, así como reforzando la coordinación de las redes de atención locales e intersectoriales. También se esperaba que diera respuesta a casos de difícil manejo remitidos por los Ebais de la región, y que mejorara las referencias y contrarreferencias a los otros niveles de atención, para incrementar la oportunidad y la resolutividad a nivel local (Solís, 2013). Además, se menciona que este grupo de especialistas, el primero formado en provincia, "ha sido vital en el trabajo de investigación que desarrolla la CCSS en la región con la finalidad de conocer los factores que están influyendo en la alta incidencia de insuficiencia renal en la provincia de Guanacaste" (Solís, 2013).

En un artículo informativo de la Universidad de Costa Rica sobre la experiencia de quince médicos familiares formados en la región Chorotega como parte de la tercera promoción, se comenta que estos especialistas atienden básicamente a personas con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, obesidad e insuficiencia renal, con un enfoque integral y familiar que les da la posibilidad de ver un contexto amplio del problema de salud. También se indica que están desarrollando programas y proyectos para atender necesidades específicas en sus hospitales y áreas de salud; además, participan en proyectos interdisciplinarios como el de diálisis peritoneal, en el que se visita mensualmente a los pacientes y se les educa a ellos y sus familias para que realicen ellos mismos el procedimiento. El programa es integral e incluye intervenciones del paciente y la familia en situaciones de crisis mediante un equipo interdisciplinario en donde están trabajo social, enfermería y psicología (O`Neal, 2015).

Síntesis

El sistema de salud costarricense es un sistema nacional de salud basado en el aseguramiento. La aseguradora estatal es la Caja Costarricense de Seguro Social. A pesar de que se espera una cobertura del 100 % de la población, esta ha aumentado paulatinamente hasta llegar a un 94 %. También existe un sector privado que presta servicios a las personas que pueden pagar mediante pólizas privadas.

El sistema de salud está basado en un modelo de atención primaria, organizado en tres niveles de complejidad. El primero está conformado por Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebais), que constituyen el primer contacto de las personas con el sistema de salud. Estos equipos han demostrado resultados alentadores en sus indicadores con un aumento progresivo en cobertura. El segundo nivel está compuesto por clínicas mayores, así como por hospitales periféricos y regionales con las cuatro especialidades básicas. El tercer nivel presta servicios de hospitalizaciones médico-quirúrgicas de alta complejidad en hospitales nacionales generales y especializados.

En Costa Rica, los médicos familiares hacen parte de los equipos de apoyo para el manejo integral de los usuarios, ante todo en roles clínicos en programas específicos. Es decir, no se reconocen específicamente como puerta de entrada al sistema. Sin embargo, se requiere mayor información acerca de la distribución de estos roles.

En la literatura revisada no se encontraron investigaciones sobre el papel de los médicos familiares en el desarrollo de la atención primaria en salud. Se requiere mayor información sobre la participación de estos especialistas en los Ebais y la resolutividad de estos equipos. El proyecto de regionalización de la especialidad para formar médicos de cabecera en la región de Chorotega puede ser uno de los caminos que lleven a evaluar el impacto de la medicina familiar en la comunidad rural. Por ello, se sugiere hacer un seguimiento detallado del desarrollo de esta experiencia para determinar si debe o no replicarse.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). Costa Rica. *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/cs.html

Araya, H. (2016, abril). Perfil del médico familiar de Costa Rica. Ponencia realizada en el Congreso Mesoamericano de Medicina Familiar

Báez, N. (2003). Especialidad de medicina familiar y comunitaria. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Sistema de estudios de posgrado. Caja Costarricense. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. San José C.R.

Davis, M.W., Haggerty, J. y Filion-Laporte, L. (1992). The McGill-Costa Rica. *Canadian Family Physician*, 38(1-5), pp. 1150-1154

Fodesaf (2016). ¿Qué es el Fodesaf? Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. Recuperado de https://www.fodesaf.go.cr/gestion_de_cobros/campus_virtual/Que_es_el_FODESAF.html

García González, R. (2004). Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Primera unidad modular. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica Vicerrectoría de Acción Social. Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública

Herrero, F. y Durán, F. (2001). El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Santiago de Chile: Serie Financiamiento del Desarrollo # 109. CEPAL/ECLAC. Unidad de Estudios Especiales. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5086/S0104341.pdf?sequence=1

Hospital Clínica Bíblica. (2016). San José, Costa Rica. Recuperado el 22 de febrero de 2016 de http://www.clinicabiblica.com/index.php/es/

Meoño, T. (2016). Equidad y universalidad en los sistemas de salud. La Medicina Familiar y Comunitaria como eje. Ponencia presentada en la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Medicina Familiar y Comunidad. CIMF, Wonca. Recuperado de https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1382/780

O`Neal, K. (2015). Por primera vez forman especialistas en Guanacaste - Médicos de familia brindan servicio en toda la Región Chorotega. Recuperado de https://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/02/04/medicos-de-familia-brindan-servicio-en-toda-la-region-chorotega.html

Organización Mundial de la Salud (2016). Global Health Observatory (GHO) data. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Perfil del sistema de salud Costa Rica. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Área de servicios y sistemas de salud. Washington, D.C.: OPS

Pérez, M. (2012). Sistema de estudios de posgrado: un sello de calidad, pertinencia e impacto. Universidad de Costa Rica. Sistema de estudios de Posgrado. Recuperado de http://www.sep.ucr.ac.cr/sep/historia.html

Rodríguez, A. y Bustelo, C. (2008). La compra de servicios de salud de Costa Rica. Serie Financiamiento del Desarrollo # 201. CEPAL, Unidad de Estudios del Desarrollo. División de Desarrollo Económico. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5177?locale-attribute=es

Sáenz, M. R., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de Salud de Costa Rica. Salud Pública, 53(2)(supl. 2), s156-s167

Sáenz, M. (2015, octubre). CCSS incrementará visitas domiciliarias con 34 nuevas unidades móviles. Gobierno de la República de Costa Rica. Recuperado de https://presidencia.go.cr/comunicados/2015/10/ccss-incrementara-visitas-domiciliarias-con-34-nuevas-unidades-moviles/

Sauma, P. (2013). Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica. México D.F.: CEPAL Sede Subregional en México, Naciones Unidas

Solís, M. (2014). Campus virtual de Salud Pública. OPS/OMS (diciembre de 2014). Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://costarica.campusvirtualsp.org/?q=node/212

Solís, M. (2013). CCSS reforzará atención en Guanacaste con especialistas en medicina familiar. Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-reforzara-atencion-en-guanacaste-con-especialistas-en-medicina-familiar

Torres, M. F. (2011). Cobertura de los servicios sociales y los programas de combate a la pobreza en Costa Rica. Proyecto Determinantes de la Pobreza Rural en Centroamérica: desafíos y oportunidades para la acción. Desarrollo Rural Sostenible de Centroamérica. San José de Costa Rica: Unidad nacional de Asistencia Técnica. RUTA

UCR-SEP (2016). Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Plan de estudios. Sistema de Estudios de Posgrado. Universidad de Costa Rica. Recuperado de http://www.sep.ucr.ac.cr/salud/esp-med-familiar/plan.html

Vargas, W. (2006). Atención primaria de salud en acción. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción Social. San José, C. R.: EDNASSS-CCSS

Lista de tablas

Tabla 2.12. Indicadores demográficos y de salud en Costa Rica (2008-2014).....338

Lista de siglas

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social
Ebais: Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud
Fodesaf: Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiar
SILOS: Sistemas Locales de Salud
SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad
SIVM: Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

Paraguay

Lina María Mahecha Rivera

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

La República del Paraguay, ubicada en la zona central de Suramérica, tiene una extensión de 406 752 km^2 y territorialmente está dividida en 17 departamentos y su Distrito Capital, Asunción. Limita con Argentina al sudeste, sur y sudoeste, con Bolivia al norte y con Brasil al este; tiene dos regiones naturales divididas por el río Paraguay: la región oriental, con 39 % del territorio y algo más de 97 % de la población, y la región occidental o Chaco, con 61 % del territorio y 3 % de habitantes (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

Según datos de 2014, la población estimada era de 6 703 860 con predominio de los jóvenes, ya que más de 60 % de sus habitantes pertenecían a los siguientes rangos de edad: 0-14 años (26,2 %), 15-24 años (20,5 %) y 25-54 años (39,5 %). El país tenía en ese año una población indígena de 89 169 personas, distribuidas en 17 pueblos que pertenecen a cinco familias lingüísticas; sin embargo, los idiomas oficiales son el español y el guaraní.

La Tabla 2.13 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 2.13. Indicadores demográficos y de salud en Costa Rica (2013-2015)

Indicador	Paraguay
Población total (miles)	6 703 860 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	12,5 (2009)[c] 7,8 %, sector privado

Expectativa de vida (años)	74,0 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	17,5 [11,2-26,8] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	132 [107-163] (2015)[b]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	16,66 (2014 est.)[b]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	4,64 (2014 est.)[b]
Médicos por 1000 personas	1,227 (2012)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	1,001 (2012)[b]
Gasto total en salud como % del PIB	9,0 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	38,5 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	7,8 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	56,6 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	152 (2013)[b]

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[c] "Sistema de Salud de Paraguay", por J.N. Mancuello y M. Cabral de Bejarano.

Generalidades del sistema de salud

Estructura

El sistema de salud paraguayo se encuentra reglamentado por el Capítulo VI de la Constitución Nacional de 1992, donde se consagran la salud y la calidad de vida como derechos, el Código Sanitario (Ley 836 de 1980) que da las competencias al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), y la Ley 1032 de 1996 que crea el Sistema Nacional de Salud. La principal función del sistema es implementar políticas de prevención, recuperación y rehabilitación (Guillén, 2011).

Este es un sistema de salud mixto, integrado por un sector público subsectoriado (centralizado y descentralizado), uno privado y otro mixto. El subsector público centralizado, administrado por el Estado nacional, está conformado por el MSPBS y las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. El subsector público descentralizado lo integran el Instituto de Previsión Social, la Universidad Nacional de Asunción con el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil, las gobernaciones y municipios. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro, como las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas, así como instituciones con fines de lucro, como la medicina prepaga y otros proveedores privados. También se encuentra la Cruz Roja paraguaya, única entidad mixta con financiamiento del Ministerio y de una fundación privada sin fines de lucro (Guillén, 2011; Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011).

Financiación

La financiación del sistema de salud varía según los sectores y subsectores. El sector público centralizado, donde se encuentran la Sanidad Militar y la

Policial, es financiado por el tesoro público. Por su parte, el descentralizado recibe los aportes al seguro social por parte de los hogares y los empleadores de empresas privada. Sus afiliados aportan como máximo 9 % del salario, los empleadores 4 % y el Estado 1,5 % (Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011).

Los regímenes especiales dentro del sector público, como los maestros, aportan 5,5 % de su salario y las instituciones educativas 2,5 % de sus declaraciones. Los independientes contribuyen con 8,0 % de sus ingresos. Las empleadas del servicio doméstico pagan 3,0 % de su salario, mientras sus empleadores 5,0 %. Los jubilados aportan 5,0 % de sus pensiones (Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011). El sector privado es financiado por el pago de bolsillo de los ciudadanos y el sector mixto por los empleadores de empresas privadas a través de primas y por intercambios financieros sectoriales y donaciones (Guillén, 2011; Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011).

En cuanto a los gastos en salud, el país ha experimentado un aumento progresivo en el porcentaje del producto interno bruto (PIB) invertido en el sector público: pasó de 2,5 % en 2005 3,4 % en el 2009, lo cual evidencia el compromiso del Estado con la salud mediante el fortalecimiento de políticas públicas (Guillén, 2011). En 2010 el gasto total invertido en salud aumentó a 9,7 % (OMS, 2013).

Modelo de atención y de prestación de servicios

Antes de la Resolución Ministerial S.G. n.º 101 del 17 de septiembre de 2008, el modelo de atención era piramidal, con cuatro niveles de atención y siete niveles de complejidad; en su base se encontraban los puestos y centros de salud, así como los dispensarios, y en la punta, hospitales de alta complejidad. Esta estructura tenía poca articulación entre los sectores y sus niveles, lo que llevó a la segmentación, la fragmentación de los servicios

y a la poca resolutividad, al separar las acciones de prevención y las de asistencia. Para hacer frente a esta desarticulación, el gobierno reorientó el modelo con políticas públicas que fomentan la calidad de vida y salud con equidad (Bursztyn *et ál*., 2010; Dullak *et ál*., 2011).

La Resolución Ministerial 101 de 2008 integra los servicios y cambia el modelo piramidal por uno en red que amplía la cobertura en salud a la población más vulnerable como la indígena, reduce la exposición a riesgos mediante cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud, mejora los mecanismos y las oportunidades de participación de la población y brinda educación en salud. En el nuevo modelo la puerta de entrada a la atención primaria se ubica en las Unidades de Salud Familiar (USF), que se articulan con la atención especializada en centros ambulatorios de especialidades y en hospitales básicos, generales y especializados (Guillén, 2011).

Cada USF tienen una población asignada de 3200 a 3500 personas, quienes pueden recibir atención en control prenatal, citología cérvico-vaginal, toma de laboratorio, test rápido para detectar VIH, planificación familiar, vacunaciones, control de pacientes con enfermedades crónicas (diabéticos, hipertensos, etc.), medición de peso y talla, y de presión arterial y glicemia, cirugías menores, y distribución de medicamentos esenciales gratuitos, entre otros servicios. En 2013, funcionaban 760 USF en los 17 departamentos y en el distrito capital, que en promedio podían atender a 36 % de la población. La meta es alcanzar las 1500 USF (Ríos, 2014).

Una USF puede tener más de un equipo de salud de la familia (ESF). Estos están integrados habitualmente por un médico, una enfermera, un odontólogo, auxiliares de enfermería y odontología, agentes comunitarios y el personal administrativo de limpieza. Sin embargo, según datos de 2013 sobre la conformación de las Unidades, no todas contaban con médico ni enfermera, y en la mayoría tampoco estaban adscritos odontólogos; había pocos agentes comunitarios y promotores de salud indígenas. Para el año 2013 las USF contaban con el siguiente recurso humano: 670 médicos, 703

licenciados de enfermería, 686 auxiliares, 30 odontólogos, 330 agentes comunitarios y 44 promotores de salud para un total de 2463 trabajadores operativos de las USF (Ríos, 2014).

Las Unidades están dotadas con un consultorio médico, uno odontológico, otro de enfermería u obstetricia, área de espera, salas de urgencia y observación, salas de admisión y archivos, depósito de medicamentos y farmacia, sala de vacunación, sanitarios, cocina y lavadero (Ríos, 2014). Se pueden conformar para usufructo en convenio con otras entidades, ser instaladas en puestos de salud previos o pueden ser construcciones nuevas o móviles para territorios de difícil acceso. La gran mayoría pertenecen al segundo grupo y existen pocas unidades móviles. Las modalidades de conformación de las USF para el 2013 eran: por usufructo en convenio con otras entidades 120, equivalentes al 16 %; instaladas en puestos de salud 512 que equivalen al 67 %; nuevas construcciones 120, equivalentes al 16 % y móviles para territorios de difícil acceso 8, equivalentes al 1 % para un total de 760 USF (Ríos, 2014).

La evaluación de las USF ha evidenciado resultados positivos dentro de la estructura de salud, así como la aceptación de la comunidad, mayor acceso a los servicios por parte de la población, reducción en el número de consultas en hospitales, además del compromiso y la formación del equipo de salud con la participación del médico familiar. En el monitoreo realizado en el año 2012, se evaluaron 18 USF; en cada una se identificó la participación del médico familiar, en algunas USF hubo dos y en una cinco médicos familiares, cuatro tenían la presencia de odontólogos, dos la presencia de obstetra, en una no se contaba con enfermera mientras en dos había dos enfermeras y en otra cinco; todas contaron con auxiliares de enfermería, en su mayoría una, pero en ocasiones entre dos y seis; siete contaron con agentes comunitarios, cinco entre dos y tres y una con nueve, y otra con 14 agentes comunitarios, y finalmente cuatro contaron con voluntarios. (Presidencia de la República - DIPLANP, 2012).

Este monitoreo evidenció algunas debilidades, como la carencia de agentes comunitarios, poca articulación entre las instituciones del sistema nacional de salud y las organizaciones comunitarias, deficiencias tanto en infraestructura como en equipos médicos y, en algunos casos, en los equipos médicos por déficit presupuestales o poca planificación. Esto disminuye su capacidad de cobertura y la resolutividad (Presidencia de la República - DIPLANP, 2012).

Para superar estas debilidades y fortalecer la estructura de la atención primaria se presentó la Propuesta Política Pública para el Desarrollo Social "Paraguay para todos y todas 2010-2020" (Guillén, 2011). Este es el principal marco para el desarrollo y la integración de las políticas sociales y el desarrollo del país. Los ejes estratégicos de la propuesta son:

a. Calidad de vida para todos y todas: comprende salud, educación, vivienda, agua, saneamiento, identificación civil y seguridad alimentaria;
b. Inclusión social y superación de la pobreza y la desigualdad: se centra en la niñez y la población indígena;
c. Crecimiento económico sin exclusiones: hace énfasis en empleo y reforma agraria;
d. Fortalecimiento institucional y eficiencia en la inversión social (Presidencia de la República - Gabinete Social, 2008).

Se busca que estas USF sean la puerta de entrada y que presten los servicios de promoción y prevención, que incluye la educación en salud para las diferentes etapas del ciclo, diagnóstico de enfermedades, su tratamiento y rehabilitación, y atención de eventos especiales. Estas incluyen acciones intersectoriales con abordaje desde los determinantes de la salud y acciones transversales por ciclos de vida (Ríos, 2014).

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

Los orígenes de la medicina familiar en Paraguay se remontan a 1987, cuando el doctor Wesley Schmidt, médico familiar estadounidense, organizó la primera residencia en el Hospital Bautista de Asunción (centro privado). Wesley fue el director del programa hasta 2001 (Szwako, 2007). De este centro egresaban entre cuatro y cinco médicos de familia por año; durante más de diez años, esta fue la única institución formadora en la especialidad. Esto cambió en 1998 con la apertura de un programa conjunto de residencias del Centro Médico Bautista y el Ministerio de Salud Pública (Szwako, 2007).

En 2007 existían cinco programas de residencia, dos de los cuales funcionan en hospitales privados (Centro Médico Bautista y Hospital Universitario dependiente de la Universidad Católica) y los otros tres en hospitales públicos (Hospital de Clínicas, Hospitales Regionales e Instituto de Previsión Social) (Szwako, 2007). Adicionalmente, en 2014 comenzaron a ofrecerse cursos y diplomados virtuales en Medicina Familiar del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (SPMF, 2014).

En 1991 se creó la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF), que reúne a la gran mayoría de los médicos familiares. Esta realiza actividades de formación y actualización, además de tener la única publicación gratuita de carácter semestral de la especialidad. Desde 2007, reglamenta la certificación y la recertificación, siendo este un proceso voluntario mediante el cual se reconoce la formación de posgrado en un alto nivel de excelencia.

En 1994 se realizó el primer Congreso Paraguayo de Medicina Familiar, el segundo en 1999 y el tercero en 2008. Ese año nace el compromi-

so de la SPMF y su Comisión Directiva de organizar el congreso cada tres años. La edición de 2011 contó con la participación de casi 800 médicos (SPMF, 2014; Szwako, 2007).

Se estima que en 2007 existían 400 médicos certificados (Szwako, 2007); sin embargo, según los datos oficiales de la página de la Sociedad, en 2014 solo estaban registrados 151 médicos con certificación oficial (SPMF, 2014). Por su parte, la doctora Diana Yuhurahan (2014) afirma que en junio de 2014 esta cifra ascendía a 240.

Características del programa académico

El programa de formación en Medicina Familiar se encuentra unificado desde 2008, cuando la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF) y el Instituto Nacional de Salud llegaron a un consenso al respecto (SPMF, 2009). Esto lo convirtió en el marco referencial para los diferentes programas en pro de una formación uniforme. Establece la duración de la especialidad en mínimo tres años, con una intensidad horaria total de 12 108 horas y 55 horas semanales (SPMF, 2009; UCMB, 2014). Como requisito de ingreso se requiere el puntaje otorgado por la Comisión Nacional de Residencias Médicas, que determina la asignación de plazas por orden decreciente.

La distribución en meses o semanas de los cursos es de la siguiente forma: en el primer año tienen Clínica médica cuatro meses, Pediatría cuatro meses, Ginecobstetricia cuatro meses, Cirugía dos meses y Medicina de urgencias dos meses. Durante el segundo año se tienen tres meses de Clínica médica, tres meses de Pediatría, dos meses de Ginecobstetricia y un mes de las rotaciones de Cirugía[16], Medicina de urgencias, Traumatología, Urología, Neurología, Cardiología, Endocrinología, Dermatología,

[16.] Rotaciones realizadas en el consultorio

Geriatría[17]. En el tercer año se tienen dos años de Clínica médica, Pediatría y Medicina de Urgencias y un mes de Ginecobstetricia y Cirugía[18]. Se tienen como electivas para primer y tercer año rotaciones de dos semanas por Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesiología y Asistencia a otros centros. En segundo año rotaciones de un mes por Gastroenterología, Nefrología, Psiquiatría[19] y Medicina de imágenes (Sanatorio Adventista, 2009).

El programa unificado recomienda que en primer año se realicen rotaciones intrahospitalarias y a partir de segundo que estas se desarrollen preferiblemente en la comunidad. Durante los tres años como acompañamiento de las rotaciones se tienen reuniones semanales de Medicina familiar, asistencia a consultorios como parte de la Medicina Comunitaria y sesenta horas académicas en aspectos administrativos (Sanatorio Adventista, 2009).

La distribución de los horarios y días de consultorio del programa de Medicina Familiar del Sanatorio Adventista de Asunción incluye días de consulta/semana que para el primer año son de disponibilidad, para el segundo año son dos a tres días, tres a cuatro horas al día y en el tercer año son tres a cinco días, tres a cuatro horas al día. En cuanto a consultas al año se piensa que los residentes de primer año vean pacientes internados, los residentes de segundo año vean 528 a 1188 consultas y en tercer año entre 1188 y 2640 consultas; los residentes de primer año no tienen pacientes asignados, los de segundo año entre 300 y 400 pacientes asignados y en tercer año entre 450 y 600 pacientes asignados (Sanatorio Adventista, 2009).

Es de anotar que la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar apoya la expansión de la medicina familiar mediante otras formas de educación continua como los cursos virtuales. El primero, llamado Curso Virtual de

---

17. Rotaciones realizadas en el consultorio

18. Rotaciones realizadas en el consultorio

19. Rotaciones realizadas en el consultorio

Capacitación en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud, se ofreció en el Aula Virtual del Campus de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud entre el 1.o de agosto de 2011 y el 6 de agosto de 2012. Se basó en el programa unificado y se dividió en diez módulos de cuatro semanas. En cada uno se desarrollaron cuatro ejes temáticos de la especialidad, como salud del adulto, salud del niño, salud de la mujer, área de medicina familiar y atención primaria de salud, para un total de 40 temas (Instituto Nacional de Salud - Campus virtual de Salud Pública, 2012). Los artículos revisados no precisan información adicional sobre la evolución de este curso. Sin embargo, en entrevista no formal, durante el 4.º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar, realizado en la ciudad de Montevideo (Uruguay) en marzo de 2015, el doctor Andrés Swako mencionó que este curso virtual tendrá una duración de cinco años para el cumplimiento total de los créditos del programa. Aclara que este ha tenido dificultades en su desarrollo por pérdida de apoyo político, lo cual limita su continuidad y la apertura de nuevos programas virtuales.

Según Yuruha, en julio de 2014 existían cinco instituciones con programas de medicina familiar. A continuación, se especifica el número de médicos familiares que se estaban formando en ese momento:

- Instituto de Previsión Social: 43
- Hospital de Clínicas: 10
- Centro Médico Bautista/MSP-BS: 56
- Curso virtual a médicos de APS: 39
- Sanatorio Adventista: 6 (Yuruhan, 2014)

El 26 de septiembre de 2014 comenzó el Diplomado Virtual en Medicina Familiar y APS en la plataforma de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud, dirigido a médicos de las unidades de salud de la familia. Este se desarrolla con cuatro módulos: Salud del niño/a, Salud de la mujer, Salud del adulto y Medicina familiar y APS, cada uno con

una duración de dos meses. Cuenta además con un componente práctico mediante pasantías en los hospitales distritales y regionales (Presidencia de la República - Gabinete Social, 2014).

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

El médico familiar paraguayo labora en las Unidades de Salud Familiar y en sitios de formación, como en el Centro Médico Bautista, donde apoya el desarrollo de un modelo asistencial y de docencia (Presidencia de la República - DIPLANP, 2012; UCMB, 2014). Además de ejercer sus funciones en el ámbito público y académico, tiene un rol importante en la medicina prepagada. Se puede suponer que también se dedica a labores docentes con el aumento de unidades formadoras en el interior del país, el incremento del número de residentes de esta especialidad y la formación en medicina familiar que se ofrece en el pregrado (Yuruhan, 2014).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

La formación tanto de médicos familiares como de los otros especialistas en esta disciplina contempla todos los principios reglamentados por la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca), que los convierten en un recurso humano idóneo para implementar la APS y aumentar la capacidad resolutiva en la puerta de entrada que esta requiere.

Según el monitoreo del programa de Unidad de Salud de Familia (USF), entre los resultados positivos de la medicina familiar en el país se menciona un menor número tanto de remisiones, como de consultas de ur-

gencias y de hospitales, lo cual permite hacer un uso más racional y eficaz de los recursos. Se describen como amenazas la disminución del número de USF, poco interés de los egresados de la especialidad en trabajar en estas unidades y su contratación en ámbitos diferentes (Presidencia de la República - DIPLANP, 2012; Yuruhan, 2014).

Síntesis

Como en casi toda Latinoamérica, Paraguay ha dado un salto importante hacia la atención primaria en salud (APS), con las diferentes reformas en el sector para subsanar las necesidades de la población. A pesar de que existe un sistema mixto con poca cobertura de aseguramiento, se le ha apostado al modelo basado en equipos de familia con buenos resultados.

La experiencia de la APS dentro del sistema se desarrolla con mayor fuerza desde 2008 con la Resolución Ministerial 101, que cambia el modelo asistencial de piramidal a uno en red, donde la puerta de entrada son las USF. La organización del modelo basado en estas unidades ha permitido superar la fragmentación del sistema. En este modelo se ha reconocido la necesidad de un médico especialista en APS como actor principal en este plan, y hay participación de médicos familiares en las USF. Se describe poco interés en los egresados de estar en estas unidades, por lo que se requiere estudiar las razones de esto. Se ha visto el crecimiento de la especialidad en los últimos años con apertura de diferentes programas de formación de residentes, entre ellos los cursos virtuales de capacitación. No se han descrito estas experiencias ni existen informes que evalúen sus resultados en la literatura revisada.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pa.html

Bursztyn, I. *et ál*. (2010). Notes for studying primary care within the context of segmented health systems. *Revista de Salud Pública*, 12 supl. 1, pp. 77-88. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20963303

Dullak, R. *et ál*. (2011). Primary healthcare in Paraguay: Overview and prospects. *Ciencia & Saude Coletiva, 16*(6), p. 2875. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/24.pdf

Guillén, M. C. (2011). Paraguay - sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y equidad. Recuperado de https://www.medbox.org/py-studies-reports/paraguay-sistemas-de-salud-en-sudamerica-desafios-hacia-la-integralidad-y-equidad/preview?

Instituto Nacional de Salud - Campus virtual de Salud Pública. (2012). Finalización del 1.º año del "Curso virtual de capacitación en medicina familiar y atención primaria de salud" | campus virtual de salud pública - nodo Paraguay. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://paraguay.campusvirtualsp.org/?q=node/104

Mancuello, J. y Cabral de Bejarano, M. (2011). Sistema de salud de Paraguay. *Rev. Salud Pública Parag, 1*(1), pp. 13-25. Recuperado dehttp://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965939

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Global Health Observatory (gho) data*. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Presidencia de la República - Dirección de la Estrategia del Plan de Lucha contra la Pobreza [DIPLANP]. (2012). Monitoreo del programa de unidad de salud de la familia (USF), como programa emblemático de la política de desarrollo social. Paraguay para todos y todas 2010-2020.

Recuperado de: http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/11/DIPLANP-2012.pdf

Presidencia de la República - Gabinete Social. (2014). Lanzamiento de Curso Virtual en Diplomado en Medicina Familiar y APS. http://www.mspbs.gov.py/aps/lanzamiento-de-curso-virtual-en-diplomado-en-medicina-familiar-y-aps/

Presidencia de la República - Gabinete Social. (2008). Propuesta de política pública para el desarrollo social 2010-2020. Recuperado de http://www.mag.gov.py/POLITICAS%20PUBLICAS/PPDS%202010%202020.pdf

Ríos, G. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur - mapeo de la APS en Paraguay. *Mapeo APS Paraguay Nota Metodológica*. Recuperado de http://www.isags-unasul.org/uploads/eventos/ev%5B328%5Dling%5B2%-5Danx%5B301%5D.pdf

Sanatorio Adventista. (2009). Reglamento de residencia en medicina familiar (documento de circulación interna). Recuperado de http://residencia.sanatorioadventista.com.py/mf/moodle/file.php/1/Manual_Residencia/Sobre_la_Residencia_de_Medicina_Familiar.pdf

Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar [SPMF]. (2014). Residencias médicas. Recuperado de http://www.spmf.org.py/index.php/fines-y-objetivos

____. (2009). Programa de residencia en medicina familiar - UNIFICADO. Recuperado de http://www.spmf.org.py/images/PROGRAMADEMEDICINAFAMILIARUNIFICADO.pdf

Szwako, A. (2007). Family medicine in Paraguay. *Atención Primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria, 39*(6), 323.

Universidad Centro Médico Bautista [UCMB]. (2014). Medicina familiar. Recuperado de http://ucmb.edu.py/posgrado/medicina-familiar/

Yuruhan, D. (2014). Situación de salud en Paraguay - Programas de formación en medicina familiar. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/DianaYuruhan_paraguay.pdf

Lista de tablas

Tabla 2.13. Indicadores demográficos y de salud de Paraguay (2009-2015) 363

Lista de siglas

MSPBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

USF: Unidad de Salud Familiar

SPMF: Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar

Conclusiones sección 2

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Los indicadores generales en salud de estos tres países señalan una diferencia poblacional significativa: Brasil tiene seis veces más habitantes que Costa Rica y treinta veces más que Paraguay. Otro contraste en este grupo es que 100 % de la población brasileña estaba cubierta por la seguridad social en 2008, mientras 78 % de la población paraguaya no lo estaba en 2009 (véase Tabla 2.14). Sin embargo, debe considerarse que 25 % de la población brasileña realmente no es usuaria del Sistema Único de Salud (SUS) y que en Paraguay se ha reportado un avance en la cobertura (de 12,5 % a 36,0 % en 2013) (Ríos, 2014), asociado al aumento de Unidades de Salud Familiar. En Costa Rica se ha presentado la situación opuesta: según Sauma (2013), en 2012 la cobertura había pasado de 89,0 % a 85,2 %, aunque se describe que la cobertura de los Ebais estaba en 94 % en 2013.

Tabla 2.14. Comparación de algunos indicadores en salud de Brasil, Costa Rica y Paraguay (2008-2015)

Indicador	Brasil	Costa Rica	Paraguay
Población total (miles)	202 656 788 (2014 est.)[a]	34 834 841 (2014 est.)[a]	6 703 860 (2014 est)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	100,0 (2008)[c]	89,0 (2011)[d]	12,5 (2009)[e] 7,8 %, sector privado
Expectativa de vida (años)	75,0 (2015)[b]	79,6 (2015)[b]	74,0 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	14,6 [13,8-15,4] (2015)[b]	8,5 [6,8-10,7] (2015)[b]	17,5 [11,2-26,8] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	44 [36-54] (2015)[b]	25 [20-29] (2015)[b]	132 [107-163] (2015)[b]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	14,72 (2014 est.)[b]	10,29 (2014 est.)[b]	16,66 (2014 est.)[b]

Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	6,54 (2014 est.)[b]	8,31 (2014 est.)[b]	4,64 (2014 est.)[b]
Médicos por 1000 personas	1,89 (2013)[b]	1,11 (2013)[b]	1,227 (2012)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	7,6 (2013)[b]	0,77 (2013)[b]	1,001 (2012)[b]
Gasto total en salud como % del PIB	9,7 (2013)[b]	9,9 (2013)[b]	9,0 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	48,2 (2013)[b]	75,0 (2013)[b]	38,5 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	6,9 (2013)[b]	26,9 (2013)[b]	7,8 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	29,9 (2013)[b]	23,3 (2013)[b]	56,6 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	523 (2013)[b]	753 (2013)[b]	152 (2013)[b]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[c] "Sistema de salud de Brasil" por V. Becerril, G. Medina y R. Aquino.

[d] "Sistema de Salud de Costa Rica", por M.R. Sáenz, M. Acosta, J. Muiser y J.L. Bermúdez.

[e] "Sistema de Salud de Paraguay", por J.N. Mancuello y M. Cabral de Bejarano.

[e] Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011.

Paraguay presenta la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna más altas, y Costa Rica las más bajas. Los tres países tienen un número similar de médicos por 1000 habitantes, aunque existen diferencias importantes en cuanto a enfermeras por 1000 habitantes, siendo este indicador aproximadamente siete veces más alto en Brasil que en Paraguay y diez veces más alto que en Costa Rica. Los tres reportan un gasto total en salud como porcentaje PIB similar, con un mayor gasto de bolsillo por parte de Paraguay, mientras Brasil y Costa Rica se encuentran en un porcentaje que oscila entre 20 % y 30 %. El menor gasto per cápita en dólares corresponde a Paraguay con 152 dólares y el mayor a Costa Rica con 753 dólares (véase Tabla 2.14).

En este grupo de países, existe la tendencia a contar con un sistema único, aunque no esté totalmente consolidado en Brasil y Costa Rica. El esquema mixto de Paraguay persistirá mientras no se logre una cobertura cercana al 100 % por parte de las Unidades de Salud Familiar. En los tres sistemas de salud, existe participación del sector privado: en Brasil se trata de servicios complementarios contratados por el SUS; también pueden tener acceso a ellos quienes tienen capacidad de pago. En Costa Rica, la función del sector privado es similar, aunque tiene una participación menor. En Paraguay, no se registra información según la cual se pueda decir que este sector es contratado por el Estado (véase Tabla 2.15).

Tabla 2.15. Comparación de características de los sistemas de salud y organización para la prestación de servicios en Brasil, Costa Rica y Paraguay

Indicador	Brasil	Costa Rica	Paraguay
Tipo de sistema de salud	Esquema universal (SUS)	Esquema universal (sistema de aseguramiento social con predominio estatal)	Esquema mixto (el Estado ofrece aseguramiento y asistencia pública a los no asegurados)
Relación entre Estado y prestadores privados	El SUS contrata con prestadores privados el 25 % de los servicios que ofrece.	La CCSS contrata algunos servicios privados mediante compromisos de gestión.	Puede cubrir regularmente un porcentaje menor del 10 % de la población paraguaya. Son servicios paralelos a los servicios de salud estatales, accesible para quienes tienen capacidad de pago
Descentralización administrativa	Sí (progresiva, incentivos a la APS)	La CCSS como asegurador estatal es una entidad descentralizada y ha tenido un proceso de desconcentración. En los municipios, los procesos tienen pocos avances.	Sí; en proceso, con pocos avances
Adscripción territorial	Sí	Sí	Sí
Conformación de equipos de APS en salud	Sí (cobertura progresiva)	Sí	Sí (cobertura progresiva)
Resolutividad en el primer nivel	s.d.	s.d.	s.d.
Médico familiar en la puerta de entrada	Se pretende; hay discusiones internas	Se quiere tener un médico familiar (MF) en cada centro de APS; este desempeña otros roles	Se pretende; hay una baja cobertura

s.d. Sin datos
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social
SUS: Sistema Único de Salud
Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la Tabla 2.15, mientras el sector público es regulado según los parámetros de organización acordes a la APS, los servicios privados no los siguen, y su organización obedece a objetivos diferentes. Por su parte, Anderson y colaboradores (2016) catalogan a Brasil como un país con un sistema integrado con participación privada, a Costa Rica como un sistema integrado sin participación privada y a Paraguay como con sistema segmentado con participación privada tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios.

En cuanto a la descentralización administrativa en salud, la experiencia de Brasil ha sido la más exitosa: cuenta con un esquema organizado de transferencia de fondos vinculado a incentivos para el desarrollo de la APS. En Costa Rica, los municipios no tienen autonomía y dependen de la estructura y decisiones de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). El proceso de descentralización del Paraguay es descrito como incipiente y lento.

Los tres países se caracterizan por contar con *adscripción poblacional* y equipos de atención primaria institucionalizados con una cobertura cercana al 50 %. En Brasil, cada Unidad de Salud de la Familia atiende entre 3000 y 4500 personas; cada Equipo Básico de Atención de la Salud (Ebais) costarricense es responsable de 3500 a 4000 habitantes; en Paraguay, una Unidad de Salud Familiar tiene a su cargo entre 2500 y 3200 personas (véase Tabla 2.15).

El número de estos equipos y, por tanto, su cobertura, ha ido aumentado. En Brasil, en 1994, se reportaron 3000, y diez años después 35 000 equipos de los 66 000 requeridos. En el caso costarricense, se pasó de 10 Ebais a 1013, en 2013, para una cobertura del 94 % de la población. En Paraguay, en 2013, se registraron 760 unidades de las 1500 requeridas, con una cobertura del 36 % (véase Tabla 2.15).

Para este grupo de países, las fuentes consultadas no aportan información acerca del nivel de resolutividad en el primer nivel de atención ni la forma como este podría determinarse. Sin embargo, es claro en los tres casos que los médicos familiares no son la puerta de entrada, pues esta res-

ponsabilidad continúa en manos del médico general (véase Tabla 2.15). En el contexto brasileño, este médico cuenta con algún tipo de capacitación en atención primaria, mientras en el costarricense es apoyado por médicos familiares.

La ubicación de este especialista en el sistema de salud es un tema polémico. En Brasil se discute si debe ser contratado para ser puerta de entrada del sistema, como lo plantea la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC). En Costa Rica, aunque se propone que cada Ebais debe incluir un médico familiar, en la práctica no se ha concretado. Ante esta situación, el especialista se dedica a labores administrativas o realiza interconsulta en programas específicos como hipertensión, diabetes y obesidad. En Paraguay, si bien se espera que esté en la puerta de entrada, los egresados no muestran suficiente interés para ocupar las plazas en la Unidades de Salud Familiar, de lo cual se puede inferir que no hay incentivos específicos o que existen alternativas de mayor interés.

La cifra correspondiente al *número de médicos familiares* varía según la fuente consultada. En 2014, Gomes de Trindade reportó 1500 especialistas en Brasil, durante una presentación en el Observatorio de Recursos Humanos de las OPS (2014a). Sin embargo, tres años antes, Fernández Ortega y colaboradores (2011), en la Cumbre Iberoamericana realizada ese año en Asunción, se habían referido a 30 328 médicos familiares, que es la misma cifra que citan Anderson y colaboradores (2016). Giovanella y colaboradores (2015) dan la cifra de 3253 y hacen referencia a la presencia de 11 300 médicos cubanos. En el caso paraguayo, la diferencia es menor: Szwako (2007) estimaba un número de 400, mientras Fernández y colegas (2011) reportaron 250; sin embargo, según Yuruhán (2014) solo 240 contaban con certificación oficial (véase Tabla 2.16).

Tabla 2.16. Número de médicos familiares y proporciones por habitantes en Brasil, Costa Rica y Paraguay

Indicador	Brasil	Costa Rica	Paraguay
Número de habitantes	202 656 788 (2014 est.)[a]	34 834 841 (2014 est.)[a]	6 703 860 (2014 est.)[a]
Número de médicos familiares	1500 (2014)[b]	158 (2015)[c]	240 (2014)[d]
Número de habitantes por médico familiar*	135 105	220 473	27 933
Número médicos familiares en formación**	660 (2014)[b]	48 (2016)[e]	151 (2014)[d]
Años de duración de la especialidad	2	4	3
Número de médicos familiares esperado para la población (3.500 personas por médico familiar)	57 902	9953	1915
Número de médicos familiares esperado para la población (2000 personas por médico familiar)	101 328	17 417	3352

* n.° de habitantes / n.° de médicos familiares

** Para Brasil, se calculó el 30 % de las plazas ocupadas de las 1100 plazas ofertadas en 2014 y multiplicadas por el número de años que dura la residencia: dos (2). Para Costa Rica, se multiplicó el cupo anual (12) por el número de años, como un número máximo posible, y el de Paraguay como el dato de residentes reportado por el autor para ese año.

Fuentes: elaboración propia con datos tomados de

[a] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[b] "Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos" por L. Giovanella, P. F. de Almeida, R. V. Romero, S. Oliveira & H. T. Silva, 2015.

[c] "Por primera vez forman especialistas en Guanacaste - Médicos de familia brindan servicio en toda la Región Chorotega" por K. O`Neal, 2015.

[d] "Situación de salud en Paraguay - Programas de formación en medicina familiar" por D. Yuruhán 2014.

[e] "Perfil del médico familiar de Costa Rica", H. Araya, 2016.

De conformidad con los datos sobre número de médicos familiares, número de habitantes por médico familiar y número de plazas para la especialidad (véase Tabla 2.16), los tres países afrontan un déficit importante de estos especialistas. Para Brasil, con el dato más optimista del máximo número de médicos reportados (30 328) y el número de habitantes por médico familiar, y esperando que se ocupen todas las plazas anualmente (1100), el déficit de médicos familiares sería de 27 574; se requerirían 25 años para alcanzar esta cifra. Haciendo el mismo ejercicio para Costa Rica, el déficit de médicos familiares sería de 9795; graduando 48 médicos familiares por año se necesitarían 204 años para cubrir el déficit. En el caso de Paraguay, con las cifras de 400 médicos familiares existentes y 151 nuevos médicos familiares egresados por año, el déficit de médicos familiares sería de 1515; se necesitarían diez años para formarlos a todos. La magnitud de los recursos requeridos para lograr estas metas invita a retomar la polémica expresada en Brasil sobre la necesidad de formar a los médicos generales que actúan en la APS como especialistas en medicina familiar y el proceso más adecuado para lograrlo.

En cuanto al *proceso de formación*, los tres países cuentan con un programa académico unificado y con centros de práctica en escenarios de puerta de entrada. En Brasil, se espera que 55 % de la práctica se desarrolle en centros de APS; en Paraguay, el plan de estudios contempla un primer año con rotaciones hospitalarias y los dos siguientes con actividades comunitarias; en Costa Rica, aunque no se expresa un porcentaje, el último año y medio se denomina Medicina Familiar y Comunitaria, y los cupos de residencia son pagos.

La Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC) informa la existencia de 5000 afiliados de 35 000 médicos que ejercen la APS, lo que permite inferir que esta cifra incluye a médicos generales. La SBMFC publica la *Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria*, además de participar en las actividades de educación continuada y realizar los exámenes de recertificación. Por su parte, la Sociedad Paraguaya de Medicina

Familiar (SPMF) tiene una página web donde, a diciembre de 2015, estaban registrados 183 médicos certificados en medicina familiar y 242 socios. Se menciona allí que el país realiza procesos de certificación y recertificación, este último cada cinco años, mediante un convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Círculo Paraguayo de Médicos (SPMF, 2016a). En la página también se puede encontrar información sobre el programa certificado y las unidades acreditadas como formadoras en medicina Familiar (SPMF, 2016b). No fue posible ubicar una página oficial de la Sociedad Costarricense de Medicina Familiar en las fuentes consultadas.

Brasil comenzó a tener residencias médicas en 1970, pero el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria se institucionalizó en el 2002. Esta es la especialidad con mayor crecimiento en las últimas décadas: cuenta con 120 programas. Sin embargo, tiene un bajo porcentaje de ocupación y el número de plazas es insuficiente. Para afrontar esta situación, se está trabajando en diferentes esquemas para incentivar la demanda de esta especialidad en pregrado; por ejemplo, a partir del 2018, esta se convertirá en requisito para acceder a otras especialidades. Mientras tanto, existen diversos programas de formación paramédicos en atención primaria que no cumplen los requisitos de residencias médicas.

Las experiencias más relevantes en el Brasil son el proceso de implementación de la Estrategia de la Salud de la Familia, el esquema de transferencias de fondos entre el estado federado, los estados y los municipios con un plan definido, y el Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Primaria y Acceso en la Atención Básica (PMAQ-AB), que evalúa los avances de los equipos de atención primaria. La consolidación de estos espacios abre las posibilidades de desempeño del médico familiar en el Brasil. A futuro, es necesario determinar las circunstancias específicas que impiden que este proceso redunde en suficientes residentes para ocupar todas las plazas, así como los incentivos requeridos para lograrlo.

En Costa Rica, la Especialidad en Medicina Familiar inició en 1987 y se desarrolló después de la reforma de 1990. Las primeras cohortes de

esta experiencia tuvieron un enfoque más administrativo; por ello, sus egresados se centraron más en este aspecto en los centros de atención primaria. Recientemente, en el 2009, se comenzaron a desarrollar proyectos de regionalización para mejorar la distribución de este recurso humano y a buscar que cada equipo de salud cuente con un especialista en medicina familiar. Si bien se han consolidado los equipos de APS, en un comienzo los médicos familiares tuvieron una función administrativa; en la actualidad, se desempeñan como médicos especializados para dar apoyo y aumentar la resolutividad del médico general, o son responsables de programas específicos en la puerta de entrada. En Paraguay también se destaca la consolidación de los equipos y la implementación de un programa de formación a distancia. Los documentos revisados no ofrecen ninguna descripción del éxito o la continuidad de dicho programa.

En este grupo de tres países se describe la existencia de médicos familiares en la puerta de entrada, pero también que no cuentan con suficientes incentivos para ubicarse allí o para preferir este rol. Sus aportes están asociados a experiencias puntuales, más que a un rol definido que les permita aportar al desarrollo de la APS. En Brasil, sobresalen los informes de satisfacción de los pacientes por una atención más humanizada, la presencia de estudiantes que pueden vivenciar el modelo biopsicosocial de la atención, así como experiencias de trabajo en equipo con otras disciplinas como enfermería y pediatría, en las cuales el médico familiar puede abordar diversas problemáticas.

En Costa Rica se describen participaciones puntuales en programas de crónicos en los que aportan su visión integral, lo que permite contextualizar de una manera más amplia diferentes situaciones en salud. Hay interacción y trabajo en equipo con otras disciplinas como enfermería y psicología. En Paraguay, se menciona que, gracias a la participación de los médicos familiares, han disminuido las remisiones, las consultas a urgencias y la asistencia a los hospitales.

Ante la falta de generalización de estas experiencias, no es posible evaluar el impacto que estos aportes han tenido en la implementación de la atención primaria en estos tres países. Por tanto, se requieren investigaciones que evalúen dichas contribuciones en cuanto a integralidad y resolutividad.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/rankorderguide.html

Anderson, M. I. P., Rojas, M.L., Taureaux, N. y Cuba, M. S. (2016). Cobertura universal en salud, atención primaria y medicina familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade, 11*(supl. 1), pp. 4-30. Recuperado de https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/1276/752

Araya, H. (2016, abril). Perfil del médico familiar de Costa Rica. Ponencia realizada en el Congreso Mesoamericano de Medicina Familiar.

Becerril, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México, 53*(supl. 2), S120-S131.

Fernández, M.A., Arias, L., Brandt, C., Irigoyen A., Roo Prato, J. (2012). Grupo de trabajo: Formación y capacitación de equipos de salud de la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Arc Med Fam, 14*(4), pp. 93-112.

Giovanella, L., De Almeida, P. F., Romero, R. V., Oliveira, S. y Silva, H. T. (2015). Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES), *39*(105), pp. 300-22.

Gomes da Trindade, T. (2014a). Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade. Diálogo virtual sobre la formación de especialistas en medicina familiar. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Recuperado de https://www.observatoriorh.org/experiencia-brasileira-de-formacao-em-medicina-de-familia-e-comunidade

____. (2014b). Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/?q=node/613.

Mancuello, J. N. y Cabral de Bejarano, M. (2011). Sistema de Salud de Paraguay. *Rev. Salud Pública Parag, 1*(1), pp. 13-25. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965939

O`Neal, K. (2015). Por primera vez forman especialistas en Guanacaste - Médicos de familia brindan servicio en toda la Región Chorotega. Recuperado de https://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/02/04/medicos-de-familia-brindan-servicio-en-toda-la-region-chorotega.html

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory* (GHO) data. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

Ríos, G. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur - mapeo de la APS en Paraguay. *Mapeo APS Paraguay. Nota Metodológica*. Recuperado de http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[128]ling[2]anx[530].pdf

Sáenz, M. R., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de Salud de Costa Rica. *Salud Pública, 53*(2)(supl. 2), s156-s167.

Sauma, P. (2013). *Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica*. México D.F.: CEPAL Sede Subregional en México, Naciones Unidas.

Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF). (2016a). Recuperado de http://www.spmf.org.py/index.php/quienes-somos/resena-historica

____. (2016b). Recuperado de http://www.spmf.org.py/index.php/quienes-somos/resena-historica

Szwako, A. (2007). Family medicine in Paraguay. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 39*(6), 323.

Yuruhan, D. (2014). Situación de salud en Paraguay - Programas de formación en medicina familiar. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/DianaYuruhan_paraguay.pdf

Lista de tablas

Tabla 2.14. Comparación de algunos indicadores en salud de Brasil, Costa Rica y Paraguay (2008-2015).....381
Tabla 2.15. Comparación de características de los sistemas de salud y organización para la prestación de servicios en Brasil, Costa Rica y Paraguay).....384
Tabla 2.16. Número de médicos familiares y proporciones por habitantes en Brasil, Costa Rica y Paraguay 387

Sección 3

Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela

En el Grupo 3 se ubican Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela. Estos países no tienen una política para realizar la cobertura con equipos de salud con una asignación poblacional, y el médico familiar no está institucionalizado como puerta de entrada del modelo de prestación de servicios. Sin embargo, tienen experiencias piloto destacables o experiencias que cubren parcialmente a la población.

Al comparar la literatura que se encontró como fuente de información sobre este grupo de países, el número de textos que cumplían los criterios de inclusión estuvo entre 11 y 24. En Chile, Uruguay y Venezuela predominaron los textos narrativos con el 50 %, 91 % y 88 %, respectivamente, mientras en Argentina lo hicieron los observacionales descriptivos con el 33 %.

De acuerdo con los datos de la Tabla 3.1, la experiencia con mayor número de documentos es la chilena. Llama la atención que en Argentina disminuyeron las publicaciones sobre el tema después del 2008; sin embargo, se desconocen las razones de esta situación. La información sobre el papel del médico familiar argentino se actualizó gracias a un estudio descriptivo del 2013 (Bresca, 2013).

Tabla 3.1. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información sobre Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela

País / Tipo de estudio	Argentina		Chile		Uruguay		Venezuela	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Observacional descriptivo	5	33 %	2	8 %	0	0 %	1	6 %
Observacional analítico	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Cuasiexperimental	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Experimental	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Revisión sistemática y revisión de la literatura	2	12 %	3	13 %	0	0 %	0	0 %
Cualitativo (con una metodología explícita)	3	18 %	4	17 %	0	0 %	1	6 %
Narrativo (editoriales, experiencias)	3	18 %	12	50 %	10	91 %	14	88 %
Otros*	2	12 %	3	13 %	1	9 %	0	0 %
Total	**15**	**100 %**	**24**	**100 %**	**11**	**100 %**	**16**	**100 %**

Fuente: elaboración propia

Comparado con los países del Grupo 1, estas experiencias tienen un menor número de publicaciones. Esta situación se subsanó, en parte, con la realimentación que dieron algunos colegas de esos países a la primera versión del capítulo respectivo. Específicamente se contó con la colaboración de la doctora Jaqueline Ponzo, presidenta de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (Sumefac); la doctora Maria Cristina Dacosta, presidenta del capítulo de Caracas de la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (Suvemefa), y el médico familiar epidemiólogo, doctor Juan Carlos Perozo.

Bibliografía

Bresca, M. S. (2013). Medicina familiar en Argentina. *Medwave, 13*(4), e566. doi: https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5661

Lista de tablas

Tabla 3.1 Tipo de literatura seleccionada como fuente de información sobre Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela 397

Argentina

Malka Irina Castillo Pantoja

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Aileana Muñoz Castillo

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

La República de Costa Rica es un estado democrático, conformado por La República Argentina tiene una extensión de casi 3,8 millones de km², de los cuales 2,8 pertenecen al continente. Limita con Uruguay, Brasil, Paraguay, Bolivia y Chile, con un perímetro de fronteras de 9376 kilómetros. Su territorio está dividido en 23 provincias y una ciudad autónoma, Buenos Aires, capital de la nación y sede del gobierno federal (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

Al mes de julio del 2014, su población estimada superaba los 40 millones de habitantes (CIA, 2014); casi la mitad residía en la Capital Federal y en la provincia de Buenos Aires. Estas cifras indican una densidad de 14 habitantes por km². Su idioma oficial es el español. Se profesan varias religiones: catolicismo (92 %), protestantismo (2 %), judaísmo (2 %) y otras (4 %) (CIA, 2014).

La distribución estimada para el año 2014 por grupos de edad era:

0-14 años: 24,9 % (hombres 5 486 989 / mujeres 5 233 968)

15-24 años: 15,7 % (hombres 3 445 086 / mujeres 3 301 168)

25-54 años: 38,9 % (hombres 8 345 893 / mujeres 8 391 445)

55-64 años: 11,4 % (hombres 1 895 965 / mujeres 2 017 330)

65 años y más: 11,3 % (hombres 2 036 545 / mujeres 2 869 985) (CIA, 2014).

De los anteriores datos se puede deducir que la población se encuentra en periodo de transición generacional, es decir, está envejeciendo.

La Tabla 3.2 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 3.2. Indicadores demográficos y de salud de Argentina (2004-2015)

Indicador	Argentina
Población total (miles)	43 024 374 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	63 (2010)[c]
Expectativa de vida (años)	76,3 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	11,1 [9,9-12,5] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	52 [44-63] (2015)[b]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	16,88 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	7,34 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	3,859 (2013)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	0,481 (2004)[b]
Gasto total en salud como % del PIB	7,3 (2013)[b]

Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	67,7 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	31,8 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	21,1 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	727 (2013)[b]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[c] "Sistema de salud de Argentina" por M. Belló y V. Becerril-Montekio.

Generalidades del sistema de salud

Estructura

El sistema de salud es mixto, pues incluye un sector público y uno privado. En el sector público se identifican dos divisiones: la estatal y Seguridad Social. Esta última comprende tres subsectores: Obras Sociales nacionales, Obras Sociales provinciales[20] y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP), junto con el Programa de Aten-

[20.] En Argentina, Obras Sociales se refiere al seguro que tienen los empleados estatales.

ción Médica Integral (Pami). El sector privado está conformado por firmas de medicina prepagada, las mutuales (sociedades de prestadores de salud particulares) y las aseguradoras de riesgos para los trabajadores.

La forma de vinculación al sistema de salud y la cobertura pueden variar. En el ámbito público, el subsector estatal afilia a la población vulnerable por grupos familiares. Por su parte, Seguridad Social recurre a dos mecanismos: Obras Sociales, que incluye al empleado y a su grupo familiar; el Pami y el INSSJP, que registran a las personas jubiladas. La vinculación al sector privado es voluntaria y ofrece coberturas diferentes; por ejemplo, las aseguradoras de riesgos proveen planes que solo incluyen al empleado, y no a su núcleo familiar. La población puede pertenecer a los dos sectores. Se estima que en 2010 la población asegurada al sistema general de salud se encontraba entre 50 % y 60 % (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

La prestación de los servicios de salud en el sector público es realizada en hospitales y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) por profesionales de la salud adscritos a esta red. El sector privado cuenta con clínicas propias dependiendo de la compañía aseguradora y con consultorios particulares de profesionales independientes (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011).

Además, la administración del sistema de salud reproduce la organización política administrativa del país, con sus niveles central (federal), provincial y municipal. El Ministerio de Salud es el responsable de los programas y planes centrales, mientras las provincias se encargan de administrar los hospitales de este nivel y la mayoría de los centros de salud. Las provincias gestionan los recursos de diversas maneras; por ejemplo, Córdoba y Buenos Aires delegan la administración de los centros de salud a los municipios, algunos de los cuales tienen servicios propios que incluyen centros de salud y a veces hospitales municipales. El Consejo Federal de Salud y el Consejo Regional de Salud coordinan las políticas de salud del país (Ríos, 2014).

Financiación

La financiación del sistema de salud proviene de diversas fuentes. En el sector público, Seguridad Social cuenta con aportes por parte del empleado (3 % de su salario) y del empleador (6 % del salario del empleado). El subsector estatal recibe múltiples contribuciones de los profesionales y empresas privadas, a quienes se les retiene 15 % de su ganancia, así como montos del tesoro nacional cuando los recursos son insuficientes, además del aporte fiscal. Estos fondos se depositan en la Superintendencia de Seguridad Social y el Fondo Solidario de Redistribución (Briner *et ál*., 2012). Los recursos restantes se usan para desarrollar programas especiales (patologías de alto costo, VIH, entre otros) y apoyar financieramente al subsector de Seguridad Social. El Ministerio de Salud es el responsable de la transferencia de recursos a las provincias, y estas ejecutan los fondos recibidos, a la vez que gestionan recursos propios para sus hospitales y transfieren recursos a los municipios (Ríos, 2014). El sector privado se financia con las primas que los hogares o las empresas pagan a las instituciones médicas privadas, al igual que con los pagos directos por uso de este servicio (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Modelo de atención primaria y de prestación de servicios

Para dar cumplimiento al tratado de Renovación de la Atención Primaria en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (2005), Argentina está implementando este modelo. El objetivo de dicho tratado es reducir las enfermedades prevalentes y mejorar la calidad de vida de la población, creando programas dirigidos a los pacientes en los diferentes ciclos vitales. De acuerdo con esto, se destinan recursos para diseñar y divulgar estos programas, así como para fomentar la construcción de la infraestructura necesaria para atender a la población (Tobar, Montiel, Falbo y Drake, 2006).

En 2004 se diseñó un plan de salud aprobado por el Ministerio de Salud para implementar la atención primaria con un enfoque centrado en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Este permite conformar redes para integrar los distintos niveles de complejidad. Todo esto con el fin consolidar una atención con calidad orientada a las necesidades de la población (Tobar *et ál*., 2006).

De conformidad con lo anterior, se crearon el Programa de Atención Médica Integral (Pami), dirigido a la población de 25 a 59 años; el Programa Materno Infantil (Promin), que atiende a madres gestantes, en periodo de lactancia y al recién nacido; y el Programa de Lucha Contra el Retrovirus y Enfermedades Transmisibles para personas con VIH y enfermedades infecciosas que tienden a la cronicidad. Los adultos mayores son atendidos en su totalidad, independientemente de su patología de base, por el Instituto Nacional de Salud para Pensionados y Jubilados. Para la distribución de medicamentos se cuenta con el programa Remediar (Regulación de Medicamentos Argentina). En lo que respecta al sector privado, la atención no tiene programas como tal, es decir, no importa la edad, ciclo vital o estado de salud, ya que los gastos los asume el paciente (Briner y Aloia, 2012).

La implementación de estos programas de atención primaria ha generado el aumento de la expectativa de vida y la mejora en su calidad. Además, se han alcanzado algunas de las metas del milenio, como mayor número de población vacunada en menores de cinco años (Stolkiner *et ál*., 2011).

De acuerdo con Bresca (2013), también se han desarrollado otros proyectos para implementar la APS, que han sido financiados por el Banco Mundial, el Promin y Remediar. Estos incluyen el Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria, que enfatiza en los riesgos cardiovasculares; el programa de Funciones Esenciales de Salud Pública, dirigido a la detección y manejo integral de VIH, Chagas, TBC entre otras; el Plan Nacer, con cobertura de embarazadas y puérperas y sus hijos hasta los 6 años; el plan Sumar, que incluye a mujeres hasta los 65 años y pacientes con hipertensión y diabetes; por último, el Programa de Médicos Comunita-

rios, que distribuyó profesionales que trabajaban en salud en las áreas más vulnerables dentro del país ,e involucra tanto médicos generalistas como a médicos familiares (Bresca, 2013).

En 2014 se realizaron algunas modificaciones a los programas existentes y se adicionaron nuevos para vincular a la población que antes no estaba protegida (pacientes con edades entre los 5 y 14 años y de 20 a 25 años). El Promin acoge a los adolescentes (edades entre 10 y 19 años), mientras que el Programa Primeros Años se dirige a niños entre los 0 y los 4 años y ofrece pautas de crianza, crecimiento y alimentación sana. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable cubre a personas en edad fértil (de 15 a 44 años) y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones atiende a la población consumidora de sustancias o que padece enfermedades psiquiátricas (Ministerio de Salud Argentina, 2014).

Los centros de prestación de servicio se denominan Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), y se localizan en el primer nivel de atención. El acceso es libre y no importa el tipo de afiliación que se tenga dentro del sistema. En 2005 existían 6433 centros, de los cuales el 54 % se ubican en las provincias, y el 46 % en los municipios (Stolkiner *et ál*., 2011). Estos habían aumentado a 7532 en 2014 (Ríos, 2014).

Los CAPS cuentan con cuatro especialidades: medicina familiar, pediatría, obstetricia y ginecología, y atienden a todo tipo de personas a nivel nacional, provincial o municipal. Esta diversidad de especialistas permite disminuir la consulta en los niveles II y III, con lo cual se ahorran recursos y se mejora la atención del paciente (Stolkiner *et ál*., 2011; Tobar *et ál*., 2006). Sin embargo, de acuerdo con el personal médico y de enfermería consultado en una investigación adelantada en 2006, los CAPS presentan fallas justamente en relación con el recurso humano debido a la precariedad de las condiciones laborales y de remuneración, lo que obliga a la no continuidad laboral (Stolkiner *et ál*., 2011).

El segundo nivel de atención (atención especializada y parte de internación) se presta en instituciones hospitalarias y clínicas. La capacidad

instalada en 2006 era de 1319 hospitales públicos distribuidos así: 6 pertenecían al ámbito nacional, 1000 al provincial y el resto al municipal. Entre todos tenían 75 000 camas disponibles (Tobar, *et ál*., 2006). El tercer y cuarto nivel (alta complejidad) de la red pública cuenta 336 hospitales que ofrecen cuidado intensivo para adultos y niños, además de salas de cirugía para procedimientos complejos como los trasplantes (OPS Argentina, 2012).

Según Ríos (2014), existe una tendencia a crear redes según áreas geográficas, pero hay una gran variabilidad entre los territorios con problemas en la implementación y sustentabilidad de estas. Existe una mejor distribución de CAPS que de hospitales, contribuyendo estos a la equidad en la prestación de servicios. Hay un CAPS en promedio para cada 3200 a 4000 habitantes, sin que se describa que hay una adscripción poblacional formal a cada CAPS.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar [21]

Hitos

Entre 1930 y 1940, en el contexto de la posguerra, el médico general argentino inició su formación en hospitales donde la atención de personal era masiva y no existía mucha preocupación por la calidad del servicio, sino más bien por la cantidad de atendidos. Esta situación se reflejó en un

---

La literatura sobre la medicina familiar en Argentina disminuye desde 2006. Se desconocen las razones de este fenómeno, sin embargo, un artículo narrativo de 2013, permitió actualizar la información.

aumento de la mortalidad y la morbilidad, lo cual llevó a adoptar el modelo de atención norteamericano, que tenía en cuenta la calidad, no la cantidad, y donde el servicio era prestado por profesionales (Ceitlin, 2006).

En el periodo comprendido entre 1960 y finales de 1970, se empezaron a utilizar los términos "especialización tardía" y "temprana" para denominar la creciente oferta de subespecialidades y especialidades, respectivamente. Las primeras experiencias de formación en posgrado para medicina familiar y medicina general se dieron a fines de los años de 1960 y comienzos de la década de 1970, en las provincias de Neuquén, Misiones (Oberá), Córdoba (Villa Dolores), Jujuy (Ledesma) y Buenos Aires (Olavarría) (Bresca, 2013).

En este contexto, el generalismo perdió terreno ante la preferencia de los médicos generales por especializarse. Esto puede explicarse por las garantías adicionales y las oportunidades laborales que pueden obtener, así como por la percepción que tienen los pacientes de recibir una atención de mayor calidad (Ciuffolini y Jure, 2006). Durante este periodo se creó el Ministerio de Salud de la Nación, caracterizado por incrementar la calidad de la atención, el desarrollo tecnológico y la educación médica (Ciuffolini y Jure, 2006).

A finales de los ochenta y principios de los noventa, la aparición de tecnología y la buena remuneración incrementaron la tendencia al el crecimiento en número de especialistas y la disminución de médicos generalistas. Esto llevó a la fragmentación del cuidado del paciente por varias especialidades, sin que existiera en muchos casos comunicación adecuada entre las partes, lo que producía confusión y a veces poca respuesta terapéutica y adherente en el paciente con respecto al manejo de sus patologías (Ciuffolini y Jure, 2006).

Al comenzar la década, esta desintegración generó la inconformidad de los pacientes, quienes reclamaban un modelo centrado en ellos. En respuesta a esta necesidad, a comienzos de la década de 1990, surgió la especialización en Medicina Familiar, centrada en los intereses del pa-

ciente, basada en principios éticos y en un modelo biopsicosocial, ceñida a las normas clínicas y a las guías internacionales, y capaz de integrar y liderar a las demás disciplinas médicas (Ceitlin, 2006). Con el transcurrir de la década, se consolidó la valoración del médico familiar como un recurso costo-efectivo satisfactorio. En este contexto, en 1996, se fundó la Asociación de Medicina General, y en 1998, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, que representan el movimiento generalista del país (Ciuffolini y Jure, 2006).

Los objetivos básicos de la Federación son incentivar el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la comunidad, apoyar la estrategia de APS y fortalecer la especialidad de Medicina Familiar, al igual que la práctica generalista. La Federación es responsable de organizar actividades científicas y congresos anuales, realizar el proceso de certificación de especialistas y promover la investigación en pro de la atención primaria (Vallese y Roa, 2006).

El nuevo siglo vino acompañado de un importante desarrollo de la medicina familiar en los siguientes aspectos: la inserción de médicos familiares en los niveles decisorios y operativos del sistema sanitario, tanto en el sector público como en el privado; la incorporación de modelos de salud familiar como estrategia de atención en el subsector público de diversas provincias; la activa participación del médico de familia en distintos programas desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación (Vallese y Roa, 2006).

Características de los programas académicos

La residencia es un sistema de entrenamiento en servicio y formación para estudiantes de posgrado del área médica. Su duración en general es de cuatro años y se rige por la Resolución Ministerial 389 de 1989, que no ha sido modificada a la fecha. Sus principios de formación son trabajo interdisciplinario, eficacia, responsabilidad, solidaridad y responsabilidad

social (Silberman y Mangano, 2007). El soporte legal de las residencias lo conforman las Leyes 17132 sobre el ejercicio de la medicina y 22127 sobre la regulación y funcionamiento de los programas de residencia.

Existen dos tipos de residencias: generalista y de medicina familiar, que duran entre tres y cuatro años, y cuentan con médicos familiares y generalistas como docentes (Jure, 2009). Se diferencian por la práctica clínica. La parte asistencial de la primera transcurre únicamente en los Centros de Atención Primaria (CAPS); en cambio, la segunda puede desarrollarse tanto en los CAPS como en centros de segundo nivel de atención (hospitales), en rotaciones con diferentes especialidades. La ventaja consiste en que el médico familiar presta atención de calidad, ya que su modelo se centra en el paciente, en sus esferas biopsicosociales (Vallese y Roa, 2005).

Según el primer censo de residencias realizado entre 2003 y 2004, en esa época existían 94 en total. De estas, 70 eran de medicina general y 24 de medicina familiar. Estos datos podrían no ser exactos, porque varios programas se rehusaron a participar en el censo. Una posible causa de este comportamiento es que no siguen de manera rigurosa el marco de referencia establecido (Vallese y Roa, 2005).

En 2008 se buscó un consenso para identificar, unificar y reunir los diversos programas que ofrecía la especialización, y en él participaron diferentes universidades (Universidad Nacional del Rosario, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional del Sur) e instituciones formadoras (Federación Argentina de Medicina Familiar y General), y el Ministerio de Salud Nacional. Como resultado se presentó un currículo general con bases y características claras que rige a todos los programas (Ministerio de Salud de Argentina, 2015).

El programa de Medicina Familiar del Hospital Italiano es un ejemplo que representa dicho currículo. Con una duración de cuatro años, se propone formar especialistas en medicina familiar, con conocimiento clínico amplio, capacitación en diferentes instituciones y rotación en diversas especialidades. De acuerdo con esto, el egresado será capaz de realizar un

abordaje integral de los pacientes desde el punto de vista biológico, social y psicológico. Será altamente resolutivo, trabajará en pro de la conservación de los recursos que tenga a su alcance, y estos últimos se destinarán a la resolución de los problemas de salud de la población a cargo.

También se espera que el egresado sea capaz de conocer a la población a su cargo, para poder aplicar su conocimiento en pro de la conservación de la salud de los individuos; liderar los procesos requeridos para crear programas de atención primaria; tener en cuenta que el paciente es un todo para proporcionar una correcta atención (biopsicosocial); conocer y entender las etapas y ciclos de cada edad de desarrollo del individuo; liderar el proceso de atención multidisciplinario; crear programas basados en la conservación y pertinencia con respecto al uso de recursos, y trabajar en líneas de investigación (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2012).

A continuación, se describe el plan de estudios, desglosado por años. En el primero, el residente debe desarrollar habilidades cognitivas para identificar los problemas prevalentes en la población e intervenirlos. Para esto realiza rotaciones en Centros de Atención Primaria: medicina familiar, atención de la mujer, salud mental, pediatría y neonato, urgencias (adulto, pediátrico), hospital día y dermatología. En el segundo año, debe desarrollar habilidades para comprender mejor el ciclo de salud y enfermedad a fin de intervenir sobre el paciente y realizar un plan de manejo. El residente realiza rotaciones en servicios de medicina familiar y comunitaria II, salud mental II, salud de la mujer II, internación médica (hospitalización), reumatología, y urgencias II. Durante el tercer año, el residente debe estar en capacidad de realizar diagnósticos situacionales y resolver problemas de la población con base en ellos. Rota en salud mental III, urología, cardiología, ortopedia, cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología y urgencias III. Finalmente, en el cuarto año, debe integrar sus conocimientos y solucionar los diversos problemas prevalentes en la población a su cargo, y debe estar en la capacidad no solo de intervenir estos problemas, sino de crear programas para prevenir la aparición de los mismos. Sus rotaciones son:

medicina rural, investigación y electiva (Hospital Italiano de Buenos Aires, 2012). Desde el 2004 hasta el 2013, el número de cargos de residencias de medicina general y medicina familiar ha crecido. Para el 2013 se tenían 257 plazas, pero el 25 % de estas no fueron ocupadas (Bresca, 2013).

Algunas experiencias académicas destacadas

Se encontraron en los escritos de Argentina dos experiencias importantes por su aporte a la residencia de Medicina Familiar y la posibilidad de establecer un modelo centrado en el paciente a través de un programa piloto.

Residencia en Medicina Familiar en Bahía Blanca

Esta experiencia inició en 1989 como respuesta a la necesidad de atención integral y resolución de problemas en salud, y a las limitaciones detectadas en la formación de pregrado en medicina general. El programa de Medicina Familiar, acreditado según el marco legal de la Resolución Ministerial 389 de 1989, se centra en la formación de residentes en primer nivel de atención mediante grupos de trabajo interdisciplinario, liderados por el residente bajo la supervisión de un médico familiar como tutor. Los resultados fueron satisfactorios, ya que se identificó a la población y las patologías prevalentes, y se hicieron intervenciones por parte del grupo interdisciplinario con disminución de la morbilidad en la población. Esta experiencia es significativa, porque es una las primeras residencias de Medicina Familiar dentro de un marco legal (Jure, 2009).

Programa Salud Familiar en Córdoba

Este programa comenzó a implementarse en 2009 como un esbozo de modelo de atención centrado en el paciente. Es una de las bases del programa moderno de medicina familiar en Argentina. Dentro de sus objetivos figuran:

1. Fortalecer la estrategia en atención primaria, es decir: la salud del individuo debe ser una prioridad, y se debe desarrollar plenamente y sin restricciones;
2. Conformar unidades de salud interdisciplinarias con población nominal a cargo: se pretende mejorar la calidad del trabajo en condiciones laborales adecuadas;
3. Propiciar la promoción de la salud con enfoque en determinantes, estimulando políticas públicas saludables;
4. Tender a la reducción de la morbilidad y mortalidad evitables por enfermedades transmisibles y no transmisibles en las distintas etapas del ciclo vital individual y familiar en cada comunidad;
5. Estimular el desarrollo de una comunicación social intercultural y de estrategias de participación popular sustentables en el tiempo (Jure, 2009).

Estas dos experiencias realzan la conveniencia del modelo para la atención del paciente con la participación de médicos familiares. Las razones por las que no se ha generalizado el modelo requieren un análisis más profundo.

Medicina familiar y atención primaria en salud

La atención primaria en Argentina empezó a implementarse en la década de 1990. Por tratarse de un modelo de atención centrado en el paciente, el médico familiar es el especialista idóneo para desarrollarla, ya que está en capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la comunidad a su cargo. Por la capacidad de atención de la población sin restricción de edad, y la comprensión de los ciclos vitales de los pacientes, esta especialidad ha hecho aportes significativos al educar a la población,

crear programas de atención primaria y garantizar tanto la calidad como la eficiencia del servicio prestado a los pacientes. Es importante también destacar las capacidades de este especialista quien, al conocer a su comunidad, puede contribuir al desarrollo de programas enfocados en problemas prevalentes en ella (Coppolillo, Labory, Martin y Giménez, 2008). Los médicos familiares de Argentina han participado en la planeación e implementación de múltiples programas de APS. Dentro de estos se destaca el Programa Nacional de Médicos Comunitarios (Bresca, 2013).

Ámbitos de desempeño

El ambiente natural de la práctica del médico familiar en Argentina es el primer nivel de atención: los centros de salud, consultorios externos, así como los hospitales rurales y de mediana complejidad.

La jornada habitual de un médico de familia de un especialista en atención primaria en el sector público se puede describir de la siguiente forma: en consulta externa puede tener asignados entre 30 y 60 pacientes, en media jornada de 4 a 6 horas, jornada en la que ven de 10 a 20 consultas. La otra media jornada tienen actividades de cuidado de la comunidad que van de 3 a 6 horas (Ministerio de Salud de Argentina, 2015).

El médico familiar trabaja en conjunto con otros profesionales del sector salud, actores sociales institucionales y no institucionales, así como con autoridades sanitarias locales, jurisdiccionales y nacionales. Sin embargo, de acuerdo con Ciuffolini y Jure (2006), la baja remuneración y factores externos como la localización en áreas rurales lejanas lo han llevado a emplearse en el sector privado. La ubicación dentro del sistema de salud argentino ha tenido altibajos y presenta diferentes situaciones derivadas de la forma como las provincias han asumido el desarrollo de los programas de APS. En el caso del Programa de Médicos Comunitarios, hay provincias que han asumido la contratación de estos profesionales, mientras que en

otras la contratación se realiza a nivel central mediante becas. Esta situación ha afectado a los médicos generalistas y a los médicos familiares que, dependiendo de la política de la provincia, quedan con una remuneración alta o baja. En el 2013, esta variaba entre 300 y 1000 dólares por 24 a 36 horas de trabajo semanal (Bresca, 2013).

En general, los médicos familiares conforman entre 5 % y 15 % de los especialistas en el primer nivel de atención, y tienen salarios entre 20 % y 40 %, inferiores a los que devengan los especialistas que ejercen en otros niveles (Bresca, 2013).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

El médico familiar articula la atención del paciente, sobre todo desde la atención primaria, lidera dicha atención en los equipos de trabajo, ahorra y distribuye los recursos necesarios en la prestación del servicio, y es base en la creación y ejecución de los programas de atención primaria. Debido a lo anterior, se considera importante que cada médico de familia tenga a su cargo una población específica: conocerla le permite intervenir en necesidades específicas y resolverlas, así como prevenir la aparición de nuevos problemas en salud (Coppolillo *et ál*., 2008).

Otro aporte importante que se da en este ámbito es la comprensión integral de la persona, el conocimiento de la enfermedad, sus diferentes etapas y probablemente un abordaje más certero. Además, el médico familiar tiene la capacidad de trabajar en equipo, al integrar las diferentes especialidades clínicas al servicio de los pacientes, así como la capacidad de liderazgo que permite promover programas de atención primaria al reducir al mínimo las enfermedades prevalentes, impartir educación en salud e inmunizar a la población en la infancia y adultez, mejorar la calidad de vida del paciente crónico aplicando la prevención secundaria y terciaria (son actividades encaminadas al manejo de la patología crónica con secuelas),

así como planificar y organizar recursos, además de establecer prioridades (Sáez, 2008).

Esto hace que, por sus características, esta especialidad cambie algunos paradigmas preestablecidos: el paciente es integral, un individuo total. Su abordaje es distinto y no es por órganos; por tanto, la parte social y psíquica influyen en la biológica; la atención debe ser personalizada. Este último aspecto implica que, si bien se utilizan guías de manejo y estándares internacionales, estos se aplican a cada paciente de manera personalizada y además se involucra a su familia. La tecnología debe ser una aliada, una herramienta más. Cambia también el fin de la atención ofrecida: más que curativa se espera que sea preventiva (Ceitlin, 2006).

Síntesis

El sistema de salud de Argentina es un sistema mixto con una administración federal. Estas dos características han generado su fragmentación y segmentación.

Las propuestas para implementar la APS se basan más en grupos etarios y problemas específicos de salud que en el paciente. Progresivamente se ha logrado cubrir a todos los grupos etarios al incluir a las edades entre 5 y 24 años que tenían limitaciones en su cobertura.

Se espera que los Centros de Atención Primaria puedan dar una respuesta adecuada como puerta de entrada del sistema. Sin embargo, presentan problemas de recursos humanos por la precariedad de las condiciones laborales y de remuneración. El cambio en estas condiciones podría ser un incentivo para que los médicos familiares se ubicaran allí y cumplieran la función para la que han sido formados.

Los médicos generalistas argentinos pueden optar por especializaciones de medicina general o de medicina familiar. A esto se suma la división entre programas acreditados y no acreditados. Aunque ya se han hecho esfuerzos en la búsqueda de la unificación, sería conveniente revisar la posibilidad de estandarizar los esquemas de formación y lograr los niveles de calidad suficientes para lograr la certificación de todos los programas y así fortalecer la especialidad.

Los especialistas en medicina familiar podrían desempeñarse en los programas de medicina familiar o de medicina general, así como en las experiencias de modelos centrados en el paciente. Por tanto, se requiere revisar las barreras que han dificultado la generalización del modelo que promueve la OMS, ya que esto limita el desarrollo de la APS.

La adecuada organización de servicios centrados en el paciente y la creación de equipos de atención primaria responsables de poblaciones puede posicionar al médico de familia como actor principal en la APS, como miembro del equipo de APS o coordinando los recursos y el resto de las especialidades en pro de la salud de la comunidad.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ar.html

Belló, M., y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. Atlas de los sistemas de salud de América Latina. *Salud Pública de México,* 53(2), pp. 96-108. Recuperado de http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf

Bresca, M. S. (2013). Medicina familiar en Argentina. *Medwave*, 2013, 13(4), e5661. doi: 10.5867/medwave.2013.04.5661.

Briner, A. y Aloia, C. (2013). Sistema de salud en Argentina: Evidencias recientes de su fragmentación y vigencia de asimetrías. En L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (eds.). *Tratado de derecho a la salud*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Ceitlin, J. (2006). La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Series*, *38*, pp. 511-514.

Coppolillo, F., Labory, L., Martin, P. y Giménez, G. (2008). El médico que la gente prefiere: Investigación cuali-cuantitiva acerca de la preferencia de la medicina centrada en el paciente en el área metropolitana de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General, 5*(1), pp. 1-8. Recuperado de https://es.scribd.com/document/91306678/El-Medico-Que-La-Gente-Prefiere-Articulo-Archivos

Hospital Italiano de Buenos Aires. (2012). Programa: Residencia en medicina familiar Recuperado de http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/93/PROGRAMAS_DE_RESIDENCIA/93_RESIDENCIAENMEDICINAFAMILIAR2012.pdf

Jure, H. (2009). Renovación de la atención primaria de la salud: Experiencias del programa de salud familiar. *Archivos de Medicina Familiar y General, 6(*1).

Ministerio de Salud Argentina. (2015). Marco de referencia para la formación en residencias médicas especialidad de medicina general y/o familiar. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/medicina%20general%20y%20familiar%20ok.pdf

Organización Panamericana de la Salud Argentina (2012). Directores de hospitales públicos de alta complejidad intercambian experiencias de gestión y cooperación. Recuperado de https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=982:directores-hospitales-publicos-alta-complejidad-intercambian-experiencias-gestion-cooperacion&Itemid=270

____. (2014). Programas y planes del Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Ríos, G. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Argentina. Recuperado de http://www.isags-unasul.org/uploads/eventos/ev%5B328%5Dling%5B2%5Danx%5B301%5D.pdf.

Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(6), pp. 2807-2816. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000600019&tlng=es

Tobar, F., Montiel, L., Falbo, R. y Drake, I. (2006). La red pública de atención primaria de la salud en Argentina: Diagnóstico y desafíos. Recuperado de https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/la_red_publica.pdf

Silberman, P. y Mangano, A. (2007). Residencia en medicina familiar con un currículo basado en competencias y formación interdisciplinaria:

Una experiencia en Bahía Blanca. *Archivos de Medicina Familiar y General, 4*(1).

Vallese, M. C. y Roa. (2005). Primer censo de residencias de medicina familiar y general en la República Argentina. *Investigaciones Originales Archivos de Medicina Familiar y General, 1*(3), pp. 25-39.

___. (2006). Medicina familiar y general en Argentina. *Atención Primaria, 38*(10), pp. 577-579

Lista de tablas

Tabla 3.2. Indicadores demográficos y de salud de Argentina (2004-2015) 402

Lista de siglas

CAPS: Centros de Atención Primaria en salud

INSSJP: Instituto Nacional de Seguridad Social y Salud para Jubilados y Pensionados

Pami: Programa de Atención Médica Integral

Promin: Programa Materno Infantil

Remediar: Regulación de medicamentos de Argentina

Chile

Liliana Marcela Rodelo Martínez

Jessica Tatiana Rojas Pardo

Olga Victoria Gómez Gómez

Adriana del Carmen Martínez Arrieta

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

Chile es un estado unitario democrático y presidencialista, con un poder político centralizado que actúa en todo el territorio nacional a través de las autoridades locales. Este país está situado en la costa pacífica de Sudamérica, cuenta con una superficie total de 756 102 km², limita al norte con Perú, al este con Bolivia y Argentina, al oeste con el Océano Pacífico y al sur con el Polo Sur. El territorio se divide administrativamente en regiones subdivididas en provincias y estas en comunas. De acuerdo con la legislación vigente, existen 15 regiones, 54 provincias y 346 comunas.

El idioma oficial es el español (99,5 %), 10,2 % de la población habla inglés y solo 1,0 % una lengua autóctona (mapuche, aimara, quechua y papanui, entre otras) (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014). La religión principal es la católica romana (66,7 % de la población), seguida por la religión evangélica (16,4 %) (CIA, 2014).

En 2002 Chile tenía una población de 15 116 435 habitantes, de la cual 86 % se ubicaba en la zona urbana (transición avanzada > 80 % población urbana), principalmente en tres regiones: Santiago, con 6 061 185 habitantes; Biobío, con 1 861 562; y Valparaíso con 1 539 852 (Cepal, 2013). Según las proyecciones, para 2015 se estima una población de 18 006 407 (Alvarado y Moya, 2008; CIA, 2014; Universia, 2014).

Según se evidencia en la pirámide poblacional, este es un país en contracción, con una pirámide regresiva que muestra una disminución en la base de la población, dada por el control de la natalidad, y un aumento en la punta asociado al control en la tasa de mortalidad y una mayor esperanza de vida, que para el 2013 era de 80 años (OPS).

Chile se encuentra actualmente en una etapa avanzada de transición demográfica, con un envejecimiento progresivo de su población. En el censo de 2002 las personas de 60 o más años representaban el 10,8 %.

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, para 2015 este grupo llegará al 14,9 %. El índice de adultos mayores (número de adultos mayores por cada 100 niños) ascenderá de 40,94 en el 2002 a 73,09 en el 2015. La Tabla 3.3 muestra algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 3.3. Indicadores demográficos y de salud de Chile (2009-2015)

Indicador	Chile
Población total (miles)	18 006 407 (2014 est.)a
Población cubierta por la seguridad social (%)	94 (2010)c
Expectativa de vida (años)	80,5 (2015)b
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	7,0 [5,7-8,6] (2015)b
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	22 [18-26] (2015)b
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	13,97 (2014 est.)a
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	5,93 (2014 est.)a
Médicos por 1000 personas	1,02 (2009)b
Enfermeras por 1000 personas*	0,14 (2009)b
Gasto total en salud como % del PIB	7,7 (2013)b

Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	47,4 (2013)b
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	15,3 (2013)b
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	31,7 (2013)b
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	570 (2013)b

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[c] "Sistema de salud de Chile" V. Becerril-Montekio, J.D. Reyes y M. Annick.

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes y estructura

Para estructurar el sistema de salud chileno, se promulgaron diferentes leyes, decretos y códigos. Esta sección describe la evolución de dicha estructura con una breve reseña histórica de los hechos más relevantes hasta llegar al sistema actual.

En 1891 se promulgó la Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades, responsable de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna (Bass del Campo, 2012; Ministerio de Salud, 2014; Narbona y Durán, 2009). En 1918 se estableció el primer Código Sanitario, que rige

los asuntos relacionados con el fomento, protección y recuperación de la salud. En 1924, con la Ley 4054, se creó el Seguro Obrero Obligatorio, que cubre el riesgo de enfermedad, invalidez y vejez, y da origen a la Medicina Social (Bass del Campo, 2012; Contraloría General de la República, 2014; Ministerio de Salud, 2014).

En 1942 entraron en funcionamiento la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena). En 1952 surgió el Sistema Nacional de Salud con la Ley 10383. Esta fusiona diversas instituciones en un nuevo organismo único encargado de proteger la salud, así como de promover y recuperar la salud de los obreros y su núcleo familiar (cónyuge e hijos hasta los 15 años) (Bass del Campo, 2012; Ministerio de Salud, 2014).

En 1958 se fundaron las mutuales de seguridad, responsables de proteger a los trabajadores contra los riesgos y accidentes derivados del trabajo. Hacia 1964 se implementó el Plan de Salud, atención médica y medicina social, que dio origen al concepto de atención integral, eficiente y oportuna para toda la población, basada en la promoción y prevención (Bass del Campo, 2012). En 1968, con la Ley 16744 de accidentes y enfermedades profesionales, las mutuales de seguridad se consolidaron; pudieron además captar fondos y organizar y administrar un mecanismo de atención integral para los accidentes de trabajo.

En 1979, mediante el Decreto Ley 2763, se fusionaron el Sistema Nacional de Salud y el Sermena; además, se reorganizó el Ministerio de Salud (Minsal) para crear el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), los Servicios de Salud regionales, la Central Nacional de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública (Minsal, 2014). Es decir, se reestructuró el sistema estatal de salud y nació el Sistema Nacional de Servicios de Salud que rige hasta la fecha (año 2014). En 1980 finalizó el proceso de municipalización del sector primario y se crearon los consultorios de atención primaria, dependientes de las municipalidades. Estas son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya

finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de las respectivas comunas (Congreso Nacional de Chile, 2006). En ese mismo año se reformó el sistema previsional de pensiones y salud; también comenzó la cotización obligatoria de 4 % de las remuneraciones para salud.

En 1981 se fundaron las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados. En 1985 las Leyes 18418 y 18469 crearon el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Se reorganizó el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se eliminó la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Se estableció el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud.

En 1990, la Ley 18933 creó la Superintendencia de las Isapre y modificó la legislación de dichas instituciones. Cinco años después, la Ley 19378 promulgó el estatuto de atención primaria municipal. En 2005 entró en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares del nuevo sistema de salud.

Con las leyes y decretos mencionados se estableció un sistema de salud mixto conformado por un sector público (Fonasa) y uno privado (Isapre), de libre elección por parte de la población. En el primer sector, el plan de beneficios es igual e independiente del aporte económico que se realice; en el segundo, el plan de beneficios depende del aporte y perfil de riesgo de la persona (Giedion, Villar y Ávila, 2010; Narbona y Durán, 2009).

El sector público está integrado por los organismos que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud: el Ministerio respectivo y sus entidades dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fonasa y la Superintendencia de Salud (Becerril-Montekio *et ál*., 2011). Se pueden afiliar las personas pertenecientes a la clase baja y media, los jubilados, los profesionales y técnicos con mayores ingresos que así lo deseen. En 2009, este sector cubría aproximadamente 73,5 % de

la población, la cual para ese entonces era de 17 094 270 habitantes, según la Superintendencia de Salud (Becerril-Montekio *et ál*., 2011).

El Sistema Nacional de Servicios de Salud presta los servicios públicos a través de su red de 29 Servicios de Salud Regionales, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, que están en cada una de las regiones en las que se divide administrativamente el país, y el Sistema Municipal de Atención Primaria. Este último está encargado de la promoción y prevención de la salud de los individuos y las comunidades. El Fonasa también contrata la prestación de los servicios con proveedores privados que se encuentran por fuera de la red pública (Becerril-Montekio *et ál*., 2011).

En el sector público existen dos modalidades de atención. La institucional, cerrada, que presta sus servicios en hospitales o centros de atención primaria (prestadores públicos). También existe una modalidad de libre elección, conocida como abierta, donde los prestadores privados adscritos al sistema ofrecen los servicios. Aunque los afiliados pueden elegir, por lo general, a la segunda opción solo pueden acceder los afiliados al Fonasa que tienen mayores ingresos (Becerril-Montekio *et ál*., 2011).

En el sector privado existen tres formas de prestar los servicios de salud: a través de las Isapre, las compañías de seguros o los prestadores de servicios sanitarios. Dependiendo del tipo de contrato, las personas pueden escoger su forma de atención. Según la Superintendencia de Salud de Chile, en 2009 este sector cubría 16,3 % de la población, correspondiente a los grupos sociales de mayores ingresos (Becerril-Montekio *et ál*., 2011; Giedion *et ál*., 2010).

Para finalizar la descripción del sistema de salud de Chile, es necesario mencionar que 3 % de la población está cubierta por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas, creados por la Ley 19465 del 2 de agosto de 1996. Sus beneficiarios son el personal activo de las Fuerzas Armadas y de reserva de llamado a servicio activo y sus familias (Becerril-Montekio *et ál*., 2011; Congreso Nacional de Chile, 1996).

Financiación

Las fuentes de financiación del sistema de salud chileno son los impuestos; los tributos municipales o comunales; la cotización obligatoria de los trabajadores al Fonasa o a las Isapre, que corresponde a 7 % del salario; el pago adicional que realizan ciertas personas para su afiliación a algún plan de las Isapre; el copago de servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a Isapre y Fonasa; el pago de préstamos de salud otorgados por Fonasa; las donaciones y contribución de fondos a instituciones de salud y los gastos directos por pago de medicamentos o servicios asistenciales de salud por las personas que no pertenecen a ningún sistema o cuyo plan no cubre dichos servicios.

El Fonasa, al ser público, recibe aporte fiscal y las cotizaciones de sus afiliados; las Isapre, de carácter privado, solo las cotizaciones de los trabajadores (Becerril-Montekio *et ál*., 2011; Vergara-Iturriaga y Martínez-Gutiérrez, 2006). Los afiliados al sistema público también contribuyen mediante el pago directo de una proporción de los servicios de salud utilizados (copago). Para esto se clasifican en cuatro grupos según su nivel de ingresos. Al grupo A pertenecen las personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y de subsidios familiares; al B, quienes tienen un ingreso mensual que no exceda el ingreso mínimo mensual vigente, mayores de 18 años y menores de 65 años de edad; al grupo C, los afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual y no exceda de 1,46 veces dicho monto, pero si el trabajador de este grupo tiene 3 o más beneficiarios serán considerados como grupo B; al grupo D, los afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al 1,46 veces al ingreso mínimo mensual, pero si tiene 3 o más beneficiarios se ubicarán en el grupo anterior (Isapres de Chile, 2016).

El sector privado se financia por medio de las cotizaciones, aranceles y los copagos obligatorios y voluntarios que hacen los afiliados a las

Isapre, y por medio de los copagos de bolsillo que realizan los usuarios al momento de recibir la atención. Los trabajadores dependientes e independientes aportan 7 % del monto declarado en el sistema previsional de pensiones; si son afiliados voluntarios, su cotización dependerá del precio del plan de salud que escoja. El copago de los afiliados es 20 % del valor de la prestación y el monto máximo a pagar anualmente, y sin importar el número de eventos que haya tenido, es de 3,5 salarios anuales (Gattini y Álvarez, 2011).

Según datos publicados por la Superintendencia de Salud en 2011, el gasto público fue de 47 % frente a 53 % del gasto privado (Escobar, 2013). El primero se compone del aporte fiscal, las cotizaciones del sistema público, los ingresos de operación y el copago del usuario. El segundo lo integran el ingreso operacional de las Isapre (cotizaciones y aportes de los empleados) y el ingreso de explotación de los seguros privados voluntarios (Vergara-Iturriaga y Martínez-Gutiérrez, 2006). Una fuente importante de financiación en el sistema de salud chileno es el gasto de bolsillo, que en el 2009 constituyó 34 % del gasto total en salud. El copago asociado a los medicamentos representa alrededor de 48 % del gasto de bolsillo total (Castillo y Villalobos, 2013).

La atención primaria (APS) se administra y financia a nivel de los municipios y se utiliza el pago por cápita según la población inscrita en el centro de atención. Para los afiliados al Fonasa, la APS es gratuita. Del total del gasto en el 2012 la modalidad de atención institucional hospitalaria (segundo y tercer nivel de atención) representó en promedio 49 % del gasto, para APS 15 % y en la modalidad de libre elección 11 % (Benavides, Castro y Jones, 2013).

Modelo de atención y de prestación de servicios

El Sistema Nacional de Servicios de Salud presta sus servicios por medio de una red de establecimientos organizados en tres niveles de atención, dependiendo de su complejidad y cobertura. A continuación, se explicará cada uno de ellos.

Primer nivel de atención

Es la puerta de entrada al sistema de salud, y cuenta con establecimientos que prestan servicios de baja complejidad, por medio de unidades simples de apoyo diagnóstico y terapéutico, médicos y odontólogos generales, enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales y técnicos auxiliares, entre otros. Tiene una amplia cobertura dado que allí se deben resolver la mayor parte de las problemáticas de salud (Narbona y Durán, 2009). Las modalidades de servicio son las siguientes:

a. *Centro de Salud Familiar:* tiene a su cargo una población de aproximadamente 20 000 a 25 000 habitantes y es el punto de referencia para los consultorios más pequeños. Atiende al individuo y a su familia durante todo el ciclo vital individual y familiar, mediante actividades de promoción y prevención, e impulsa la participación comunitaria y el trabajo en equipo. Estos centros se crearon después de la reforma en el 2004 cuando se implementó el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en reemplazo de los consultorios generales (Narbona y Durán, 2009).
b. *Centro Comunitario de Salud Familiar:* atiende a una población de 3500 a 5000 habitantes, se basa en la atención comunitaria básica y resuelve de manera oportuna las necesidades de la población a cargo. Estos centros empezaron a funcionar en el 2006 a partir de

la reforma de salud mencionada en el párrafo anterior (Narbona y Durán, 2009).

c. *Centro Comunitario de Salud Mental Familiar:* presta atención a aproximadamente 50 000 habitantes en consultorios especializados en salud mental (Narbona y Durán, 2009).

d. *Servicio de Atención Primaria de Urgencia:* ofrece servicios de urgencias y emergencias de baja y mediana complejidad; se creó después de la reforma de salud del 2004 y depende de un Centro de Salud Familiar (Narbona y Durán, 2009).

e. *Postas Rurales:* son unidades de atención ambulatoria en el sector rural y tienen a su cargo una población máxima de 20 000 habitantes; prestan servicios principalmente de promoción y atención básica de recuperación. Los problemas de salud que no se pueden resolver aquí se envían a establecimientos de mayor complejidad. En estas postas se cuenta con un técnico paramédico residente, y periódicamente reciben el apoyo de un médico, una enfermera y una matrona (Narbona y Durán, 2009).

f. *Estaciones Médico Rurales:* prestan atención ambulatoria básica y cuentan con un equipo de salud rural que va periódicamente. El recinto donde funcionan lo cede la comunidad (Narbona y Durán, 2009).

Según datos de 2013, la red de atención primaria contaba con 362 consultorios generales urbanos, 205 consultorios generales rurales, 140 centros de salud familiar, 1166 postas de salud rural, 194 centros comunitarios de salud familiar, 153 servicios de atención primaria de urgencias y 106 hospitales de baja complejidad, para un total de 2600 establecimientos (Vega y Acosta, 2014).

En el primer nivel de atención se prestan servicios basados en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre los que se encuentran:

g. *Programa para niños:* la población beneficiaria son los menores hasta 9 años, quienes tienen derecho a recibir servicios de consulta

de salud del niño sano, nutricional, de morbilidad, por déficit del desarrollo psicomotor, consulta social, control odontológico, de lactancia materna, de crónicos, visita domiciliaria, programas de vacunas, alimentación complementaria, detección temprana y atención de problemas de salud mental, así como promoción de hábitos saludables a las madres, padres y cuidadores de los niños (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014b).

h. *Programa para adolescentes:* cubre a la población de 10 a 19 años mediante consultas de morbilidad general, examen de salud preventivo, control de salud integral, consejerías en sexualidad, tabaquismo, mal nutrición y salud mental, control y tratamiento de adolescentes con problemas crónicos de salud, consultas de salud mental, control nutricional y consultas con matronas (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014b).

i. *Programa de atención a la mujer: s*e prestan servicios como consejería en salud sexual y reproductiva, asesoría preconcepcional, control del embarazo y del posparto, consultas de morbilidad obstétrica y ginecológica, citología vaginal, consulta nutricional y visita domiciliaria integral (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014a).

j. *Programa de atención del adulto de los 20 a los 64 años:* con base en examen de salud preventivo, se identifican y manejan los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, se interviene de forma educativa para cambiar estilos de vida no saludables y se realiza tamizaje para cáncer de mama y de cuello uterino. Otros programas que hacen parte de la atención del adulto se relacionan con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias, en el cual participa un grupo multidisciplinario (enfermera, nutricionista y matrona); se ofrece también consulta domiciliaria y grupal (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014a).

k. k) *Programa para el adulto mayor:* beneficia a los mayores de 65 años por medio de servicios de evaluación de salud integral y fun-

cionalidad, consulta con enfermera y nutrición, educación grupal, visita domiciliaria en los casos que sea necesario por situación de salud y social del paciente, consulta social, programa de vacunación de influenza y de alimentación complementaria (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014a).

l. *Programa de atención de salud mental:* presta atención individual, intervenciones grupales, psicoeducación, visita domiciliaria, coordinación intersectorial e intervenciones en la comunidad (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014b).

m. *Programa de promoción de la salud:* organiza actividades de educación física y caminatas saludables dirigidas por profesores del área en las plazas de las comunas y en los barrios, jornadas sobre escuelas saludables en las municipalidades, talleres antitabaco en los consultorios y en las comunas, jornadas de medicina alternativa y talleres de taichi, entre otros (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014c). Estas actividades se realizan en algunas provincias.

El nivel secundario de atención

Tiene una complejidad y cobertura intermedia y se caracteriza por ser el centro de referencia para la atención primaria. Ofrece servicios ambulatorios y hospitalarios, cuenta con imagenología, laboratorio y estudio histopatológicos, así como con médicos generales y especialistas, quienes realizan actividades de recuperación y rehabilitación en aquellos pacientes con problemas de salud más complejos (Narbona y Durán, 2009). Estos servicios se prestan en las siguientes instituciones:

a. *Hospitales:* atienden a los pacientes remitidos de las unidades de atención primaria de forma ambulatoria o por urgencias. Cuen-

tan con laboratorio clínico, banco de sangre, histología patológica, radiología y medicina nuclear. Pueden ser de cuatro tipos:

- Tipo 1: de alta complejidad, tienen hasta 500 camas, están localizados en la ciudad donde se encuentra la direccion del servicio de salud y son los hospitales base de cada unidad del sistema (Narbona y Durán, 2009).
- Tipo 2: prestan atención de mediana y alta complejidad, con una dotación de 250 a 300 camas y están ubicados en ciudades con una población de hasta 100 000 habitantes (Narbona y Durán, 2009).
- Tipo 3: de mediana complejidad, tienen entre 100 y 200 camas y se encuentran en localidades con población entre 50 y 70 000 habitantes (Narbona y Durán, 2009).
- Tipo 4: de baja complejidad, cuenta con menos de 100 camas y están en localidades urbano-rurales con población entre 10 000 y 30 000 habitantes (Narbona y Durán, 2009).

b. *Consultorio Adosado de Especialidades:* está ubicado fuera de los hospitales, tienen dependencia administrativa y un alto grado de especialización (Narbona y Durán, 2009).

c. *Centro Diagnóstico Terapéutico*: presta atención ambulatoria para diagnosticar y tratar patologías complejas. Está adosado al hospital de mayor complejidad del servicio de salud, y existe por lo menos uno por región en las principales ciudades. Proporciona servicios de imagenología, cirugía ambulatoria de baja complejidad, endoscopia e intervenciones endoarteriales (Narbona y Durán, 2009).

d. *Centro de Referencia de Salud:* ofrece servicios ambulatorios de mediana complejidad, para una red de referencia de 4 a 6 consultorios urbanos de ciudades grandes entre 150 000 y 200 000 habitantes. Provee atención de especialidades como cardiología infantil, pedia-

tría, otorrinolaringología, odontología, dermatología, oftalmología y traumatología (Narbona y Durán, 2009).

Tercer nivel de atención

Tiene una alta complejidad y su cobertura es reducida: solo llega aquí la población a la que no se le pudo resolver sus problemas de salud en los niveles 1 y 2. Presta atención tanto ambulatoria como hospitalaria, en donde se realizan actividades de recuperación y rehabilitación de pacientes con problemas concernientes a cierta especialidad y que requieran una alta complejidad técnica. Sin embargo, también realizan las actividades de segundo nivel para la población que tienen a cargo. Para ello cuentan con institutos, hospitales de especialidad y centros clínicos especializados que están determinados por el Ministerio de Salud (Narbona y Durán, 2009).

Los niveles anteriores se basan en el modelo de atención primaria en salud (APS) implementado por el Ministerio de Salud en la década de 1980. Desde entonces ha presentado diferentes modificaciones, siendo la última hacia 2004, cuando se propuso el modelo de salud familiar y comunitaria. El propósito es ofrecer atención integral a la población que incluya la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Este modelo mejora la resolutividad, ayuda a controlar los costos y aumenta la satisfacción de los usuarios (Bass del Campo, 2012).

La APS se rige por el Estatuto de Atención Primaria, creado por medio de la Ley 19378 de 1995, en donde se especifican y clasifican en categorías a los profesionales que estén trabajando en atención primaria: la categoría A está conformada por los médicos cirujanos, farmacéuticos, químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas; hacen parte de la categoría B los clasificados como otros profesionales; de la categoría C son los técnicos de nivel superior. A la categoría D pertenecen los técnicos de salud, y a la categoría E los administrativos de salud. La categoría F está

conformada por los auxiliares de servicios de salud. El sueldo de estos profesionales depende del grupo al que pertenezcan y el Estatuto de Atención Primaria lo definió para 1995 así: categoría A $264 134, categoría B $200 678, categoría C $105 890, categoría D $101 725, categoría E $94 571 y categoría F $83 392 (Congreso Nacional de Chile, 1995).

El 8 de enero de 2014, la Contraloría General de la República impartió instrucciones para la aplicación de las normas contenidas en la Ley 20717, que otorga el reajuste de remuneraciones a los trabajadores del sector público. Se debe reajustar el suelo base mínimo nacional en un 5 % con vigencia desde diciembre de 2013, según como se indica a continuación: categoría A $411 873, categoría B $312 924, categoría C $165 117, categoría D $158 624, categoría E $147 468 y categoría F $138 034 (Contraloría de Chile, 2014).

El Estatuto también hace explícito cuáles son los profesionales que pueden ser nombrados como directores de los establecimientos de atención primaria; entre ellos se encuentran médicos cirujanos, farmacéuticos, químicos farmacéuticos, bioquímicos, cirujanos dentistas, asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y otros con formación en el área de salud pública, debidamente acreditada. (Congreso Nacional de Chile, 1995).

Posterior al Estatuto, en el 2004, surgió el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) o Garantías Explícitas en Salud, con el fin de priorizar garantías en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representaran mayor impacto en la salud de la población. Con esta ley se pretendía que hubiera acceso a las atenciones definidas para cada enfermedad, oportunidad y calidad en las prestaciones. Además buscaba tener protección financiera al hacer el copago de la siguiente forma: afiliados al Fonasa grupo A y B 0 %, C 10 %, D y afiliados a las Instituciones de Salud Previsional 20 % (Bastías y Valdivia, 2007).

Para poder definir cuáles eran los problemas en salud que se iban a incluir en este plan, se tuvo en cuenta la magnitud de los casos, los años de vida saludables perdidos, la mortalidad, la equidad, la preferencia de los

usuarios, la vulnerabilidad, la carga financiera y la suficiencia de la oferta (Bastías y Valdivia, 2007). A este plan pueden acceder todos los afiliados al Fonasa y a las Isapre que presenten alguna de las 80 enfermedades incluidas en el plan auge (véase Tabla 3.4).

Tabla 3.4. Patologías incluidas en el plan AUGE

Enfermedad renal crónica estadio 4 y 5	Cardiopatías congénitas operables en < 15 años	Cáncer cérvico-uterino	Alivio del dolor y cuidados paliativos para cáncer avanzado
Infarto agudo del miocardio	Diabetes mellitus tipo I y II	Cáncer de mama en ≥ 15 años	Disrafias espinales
Tratamiento quirúrgico escoliosis en < 25 años	Tratamiento quirúrgico cataratas	Linfomas en ≥ 15 años	Esquizofrenia
Fisura labiopalatina, cáncer en personas < 15 años.	Cáncer de testículo en personas ≥ 15 años	VIH/sida	Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en < 5 años
Endoprótesis total de cadera en ≥ 65 años con artrosis de cadera y limitación funcional severa	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en ≥ 65 años	Hipertensión arterial esencial en ≥ 15 años	Epilepsia no refractaria en pacientes de 1 año y < 15 años
Salud oral integral para niños y niñas de 6 años	Prevención de parto prematuro	Trastornos de generación del impulso y conducción en ≥ 15 años que requieren marcapaso	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
Cáncer gástrico	Cáncer de próstata en población ≥ 15 años	Vicios de refracción en paciente ≥ 65 años	Estrabismo en personas < 9 años
Retinopatía diabética	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	Hemofilia	Depresión en personas ≥ 15 años

Tratamiento de hiperplasia protática benigna en pacientes sintomáticos	Ortesis o ayudas técnicas en personas ≥ 65 años	Evento cerebro vascular isquémico en personas ≥ 15 años	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en manejo ambulatorio
Asma bronquial moderada y grave en < 15 años	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	Tratamiento médico de artrosis de cadera o rodilla leve o moderada en personas ≥ 55 años	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
Tumores primarios del sistema nervioso central en personas ≥ 15 años	Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	Leucemia en personas ≥ 15 años	Urgencia odontológica ambulatoria
Salud oral integral del adulto 60 años	Politraumatizado grave	Trauma craneoencefálico moderado o grave	Trauma ocular grave
Fibrosis quística	Artritis reumatoide	Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas < 20 años	Analgesia del parto
Gran quemado	Hipoacusia bilateral en personas ≥ 65 años que requieren audífono	Retinopatía del prematuro	Displasia broncopulmonar del prematuro
Epilepsia no refractaria en personas ≥ 15 años	Asma bronquial en personas ≥ 15 años	Parkinson	Artritis idiopática juvenil
Prevención secundaria de enfermedad renal crónica terminal	Displasia luxante de cadera	Salud oral integral de la embarazada	Esclerosis múltiple remitente recurrente
Hepatitis B crónica	Hepatitis C	Cáncer colorrectal en personas ≥ 15 años	Osteosarcoma en personas ≥ 15 años
Trastorno bipolar en personas ≥ 15 años	Hipotiroidismo en personas ≥ 15 años	Tratamiento hipoacusia moderada < 2 años	Lupus eritematoso sistémico
Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas ≥ 15 años	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas ≥ 15 años	Tratamiento de erradicación del Helicobacter pylori.	

Fuente: "Patologías garantizadas AUGE" por Superintendencia de Salud Gobierno de Chile.

Es importante que cada ciudadano consulte con su médico si su enfermedad hace parte del plan AUGE. Los beneficiarios del Fonasa reciben atención en la red asistencial pública conformada principalmente por centros de atención primaria como los Centros de Salud Familiar, centros de atención secundaria y hospitales, según el problema de salud. Los afiliados a las Isapre a quienes se les diagnostique una patología incluida en el AUGE se deben dirigir a una sucursal de su Isapre con la notificación del médico y completar el formulario. Allí se le designará un prestador dependiendo de su problema de salud (Superintendencia de Salud de Chile, 2014).

Aparte de las formas de prestación de servicios mencionadas, se encuentran las Isapre, en donde los beneficios dependen del plan que se elija. Estas tienen la obligación de cubrir los exámenes de medicina preventiva a solicitud del afiliado, el seguro del pago del salario en caso de enfermedad, así como la protección para mujeres embarazadas y niños menores de 6 años. En este tipo de atención los usuarios deben declarar todas las preexistencias. También se deben estipular las prestaciones y los porcentajes de cobertura, que se agrupan en hospitalarias (día cama, honorario de médicos, etc.), ambulatorias (consulta, exámenes) y otras (por ejemplo, óptica, traslados). Dentro de este plan de atención también se encuentra una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, que tiene unas características específicas para su acceso (Contreras, Naranjo, Beltrán, Cruces y Córdoba, 2005).

En cuanto a la organización para la prestación de servicios Vega y Acosta (2014) refieren que cada centro de salud tiene un territorio con una población definida, cada centro se subdivide en sectores y cada sector un equipo multidisciplinario que se encarga de una población definida. Las personas escogen a cuál centro de salud se inscriben, pudiéndose inscribir hasta un máximo de 5000 personas por equipo. No siempre se tiene el mismo criterio de sector por parte de los alcaldes. Adicionalmente los afiliados a las Isapres, tienen su propia red y no forman parte de la estrategia pública (Vega y Acosta, 2014).

De otro lado, en la literatura revisada sobre Chile, no se ha establecido un indicador específico y un esquema de evaluación a esta asignación territorial que permita evaluar su desarrollo. Para Depaux (2013), aunque se tiene el propósito de migrar hacia un esquema más integral, este tiene desarrollos disimiles, no se ha desarrollado a plenitud y en algunos casos no hay esbozos de cambio.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

La medicina familiar en Chile nació en la academia: en 1979, en Valparaíso, el doctor Adolfo Tannenbaum y algunos estudiantes voluntarios de carreras de la salud empezaron a atender pacientes de una forma integral con un enfoque biopsicosocial. Dos años más tarde, en Santiago, la Universidad de Chile se involucró en un proyecto para convertir un consultorio llamado La Reina en un centro docente asistencial basado en salud familiar (Bozzo, 1999). Una vez creado este centro, se iniciaron las prácticas con estudiantes de pregrado, con una formación en problemas prevalentes en el ámbito ambulatorio. La doctora Isabel Segovia, en 1981, le propuso a la Universidad de Chile formarse como especialista de medicina general, y la universidad abrió dos becas para posgrado en esta especialidad para que la formación de estos médicos se diera en el mismo centro asistencial que se había creado para los estudiantes de pregrado. Este fue el primer programa de Medicina Familiar en Chile y estuvo enfocado a formar docentes en esta área para que fueran modelo y se pudiera dar continuidad al proceso (Bozzo, 1999).

Después de esta primera experiencia, la especialidad se denominó Medicina General y Familiar, ya que se buscaba formar un médico general con amplios conocimientos clínicos que tuviera un enfoque familiar y comunitario que lo diferenciara de los demás. La primera cohorte se enfrentó a diversas dificultades, como el hecho de que las políticas estaban enfocadas en la parte curativa y no en la preventiva, justamente el énfasis de la medicina familiar (Bozzo, 1999).

Entre 1982 y 1986 se graduaron cuatro especialistas, quienes conformaron la primera promoción de médicos familiares. Posteriormente la Universidad de Chile reestructuró el programa de la especialización en Medicina General y Familiar, y lo reabrió en 1990. Con el advenimiento y un mayor número de especialistas, surgió la necesidad de crear y contar con una sociedad científica que los agremiara. En consecuencia, en 1991 se firmó el acta de constitución de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. El Ministerio de Justicia dio su aprobación en 1993 mediante el Decreto n.° 805. Entre las funciones de la Sociedad figuran:

1. Intercambio de experiencias profesionales y laborales de desarrollo de la medicina y la salud familiar, con puesta en común de buenas prácticas.
2. Encuentro de los médicos familiares y de los profesionales de la atención primaria en un contexto científico y de educación continua.
3. Difusión de investigaciones realizadas por diferentes equipos de salud en atención primaria y salud familiar.
4. Actualización en temas clínicos con enfoque familiar con especial énfasis en aquellos problemas de salud con garantías explícitas.
5. Innovación en prevención, promoción, trabajo comunitario y otros temas no clínicos de relevancia para el desarrollo de la estrategia de APS.

6. Conexión con el desarrollo internacional de salud y medicina familiar mediante su participación en la Confederación Iberoamericana y Mundial de Medicina Familiar (CIMF-Wonca) (Bozzo, 1999).

Habiendo ya varios egresados, en 1992 surgieron algunos movimientos para desarrollar y extender la especialidad a otras partes del país. En 1993 un grupo de médicos presentaron un proyecto a la Pontificia Universidad Católica de Chile para abrir el programa de Medicina General del Adulto, que comenzó ese año con seis becas. Al año siguiente inició un programa similar pero enfocado al niño. En 1994 los decanos de las facultades de Medicina realizaron seminarios en el exterior (Estados Unidos, por convenio con la Fundación W K Kellogg), lo cual les permitió conocer centros de formación y trabajo en medicina familiar. Posterior a esto, la Universidad de La Frontera abrió su programa de Medicina Familiar. En 1995 la Sociedad Chilena de Medicina Familiar organizó las jornadas de Medicina General del Adulto y Atención Primaria. Un año después, las universidades de Concepción, Austral y Valparaíso ofrecieron programas de posgrado en Medicina Familiar; en 1997 lo hizo la Universidad de Santiago de Chile. Cada institución tiene una capacidad de ingreso de 50 médicos por año (Bozzo, 1999).

Otro acontecimiento importante para la medicina familiar en Chile se presentó en 1999, cuando la Sociedad se convirtió en miembro del Centro Internacional para la Medicina Familiar, con lo cual fue reconocida internacionalmente. En este mismo año se realizó el primer Congreso Chileno de la especialidad y se lanzó el primer número de la *Revista Chilena de Medicina Familiar*. Por su parte, el gobierno financió becas en el extranjero para que los médicos que se estuvieran especializando en esta área pudieran ir a una rotación de seis semanas a diferentes países donde la medicina familiar y el modelo de salud familiar estaban funcionando (Bozzo, 1999).

Con la formación de médicos familiares se presentó un cambio en el modelo del sistema de salud pública en atención primaria: pasó del biomédico al biopsicosocial con enfoque familiar. Este cambio no ha sido fácil, ha tenido altibajos y no se ha desarrollado de la misma forma en todos los centros de salud (Depaux, 2013).

En 2001 nació el Modelo Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, que modificó la forma de concebir la atención en salud, puesto que la prestación de servicios se basa en el trabajo con el individuo, su familia y la comunidad por medio del contacto permanente con un equipo de cabecera, no solo en el proceso de enfermedad sino también en el de salud. Con este modelo se entendió la importancia e influencia que tiene la familia en la salud y en las enfermedades de cada uno de sus miembros (Depaux, Campodónico, Ringeling y Segovia, 2008).

Para poder implementar este modelo se requería profesionales y técnicos con las competencias necesarias concernientes al enfoque integral; sin embargo, el recurso humano que laboraba en la APS no cumplía con estos requisitos, razón por la cual tuvieron que recibir capacitaciones. Es justo en este momento cuando el médico familiar entró a desempeñar una función relevante en Chile, dado que cumplía con las competencias que se requerían, y desde entonces ha tenido un papel fundamental en los Centros de Salud Familiar.

A pesar de la importancia que se le ha dado a la medicina familiar, la formación de estos especialistas ha sido lenta e insuficiente. Aunque desde hace más de 15 años, el Ministerio de Salud coordinó con las universidades una alianza para impulsar esta especialidad. En 2013 había 629 médicos familiares certificados, de los cuales 41,5 % laboraba en atención primaria municipal, 19 % en los servicios de salud y 42 % exclusivamente en el sector privado (Vega y Acosta, 2014).

La razón de que haya pocos médicos familiares en el país y en la atención primaria se debe al poco interés de las nuevas generaciones por estudiar esta especialidad. Esto parece estar motivado por dos razones: 1)

realmente no se tiene el estatus de especialista en la atención municipalizada, porque en el Estatuto de Atención Primaria no se menciona al médico familiar, ni entre los profesionales que trabajan en APS ni en los que pueden llegar a ser directores de estos establecimientos; 2) dado el poco reconocimiento, se ofrece una remuneración económica similar o igual a la de los médicos generales, lo que desmerita su estudio y profundización. Aun así, y con el paso de los años, se ha logrado que actualmente el sistema de salud chileno muestre sus logros en el ámbito nacional y sea conocido mundialmente por sus mejoras en el nivel de salud de la población (Román, 2002).

Características de los programas académicos

Para 1997 Chile contaba con seis facultades que ofertan la especialidad en Medicina Familiar con una duración de tres años. Estas son: Universidad Católica, Universidad de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad de La Frontera y Universidad Austral. (Bozzo, 1999). Para poder ingresar a cualquiera de los programas, se requiere ser médico cirujano egresado de una universidad chilena o haber revalidado en una universidad nacional el título obtenido en otro país. Además, la mayoría de las instituciones exigen tener experiencia en el nivel primario de atención (uno a dos años). El título que otorgan es especialista en Medicina General Familiar.

El posgrado en Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile nació el año 1993 como un proyecto dirigido a desarrollar una nueva especialidad médica capaz de mejorar tanto la atención de salud de las personas, como los programas de docencia médica orientados a la APS. En el transcurso de estos años, se ha consolidado por el total de especialistas formados y en proceso de formación, como por el número de campos clínicos vinculados.

Su objetivo es formar médicos especialistas en los problemas prevalentes vinculados a la atención médica ambulatoria mediante actividades diversas, que los habiliten para desempeñarse eficazmente en la red de atención, del ámbito público o privado, con un enfoque de salud familiar (Universidad Católica de Chile, 2010). Este programa puede realizarse en una de las dos menciones clínicas existentes: Mención Adulto o Mención Niño. Cada una con área clínica, seminarios, cursos y campos clínicos específicos. Se espera que el egresado no solo pueda cumplir con el rol de un médico tradicional con mayor capacidad resolutiva, sino además desarrollar programas de intervención (promocionales, preventivos, terapéuticos o de rehabilitación) orientados a los problemas de salud frecuentes de la población y administrar los sistemas de atención (Universidad Católica de Chile, 2010).

La Universidad de Chile inició la especialización en 1995. Este programa puede realizarse en la Mención Adulto o en la Mención Niño. Tiene como objetivo que el egresado aborde de forma integral los problemas biológicos, psíquicos y sociales de los individuos, pareja y familias a su cargo en los centros de salud familiar, y que realice actividades para prevenir enfermedades y fomentar la salud familiar comunitaria (Universidad de Chile, 2014). Se espera que el egresado sea un profesional reconocido por su atención centrada en las personas, con excelencia clínica en el manejo de problemas prevalentes y derivación oportuna a lo largo del ciclo vital, y con competencias para desempeñarse en diferentes ámbitos sanitarios, principalmente en centros de salud. Se destaca en su quehacer por su enfoque integral, biopsicosocial, familiar y comunitario.

La Universidad de Valparaíso, al igual que las dos instituciones ya mencionadas, espera que el médico familiar allí graduado diagnostique los problemas de salud, biológicos, psicológicos y sociales de las personas, familias y comunidades a su cargo en diferentes ámbitos (centros de salud, domicilio, escuela o trabajo), con una atención integral, continua y centrada en el individuo. Adicionalmente genera competencias en el área de

salud pública, administración de los recursos, trabajo en equipo, liderazgo e investigación (Universidad de Valparaíso, 2014).

El posgrado de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción entró en funcionamiento en 1996. Trabaja con un esquema de doce líneas de formación: el cuidado continuo y progresivo en las condiciones crónicas de salud, la gestión clínica y el mejoramiento de los procesos de atención en salud, la operacionalización de protocolos clínicos para el manejo de problemas de salud prevalentes, las estrategias intersectoriales en la satisfacción de necesidades de salud, el fortalecimiento de la resiliencia y de los factores protectores en salud, el desarrollo y cuidado de los recursos humanos en salud familiar, la salud mental y la familia, la utilización de los recursos sanitarios, los aspectos psicosociales de la salud y su relevancia en los procesos de cuidado, el cuidado de los cuidadores, la organización de los cuidados institucionales, comunitarios y familiares, la comunidad, la familia, el apoyo social y la salud y la última línea del aprendizaje y la enseñanza del cuidado. El objetivo de estas doce líneas es formar un profesional médico, especialista en Medicina Familiar, portador de una base teórico-práctica, axiológica y actitudinal, que le permita desempeñarse con compromiso y excelencia técnica en los ámbitos de acción de la atención primaria, la medicina ambulatoria y la salud familiar (Universidad de Concepción, 2014).

La Universidad de La Frontera ofrece un programa similar estructurado en seis módulos semestrales que se pueden aprobar en forma consecutiva o diferida con un examen final. Su principal campo de acción está en los centros de salud familiar o salud mental (Universidad de la Frontera, 2014).

El sexto programa de especialización en Medicina Familiar es ofrecido por la Universidad Austral. Creado en 1995, busca formar médicos de familia capaces de entregar cuidados continuos a la familia y a la comunidad, manteniendo una visión integral del proceso salud-enfermedad en el ámbito preventivo, curativo y de rehabilitación durante todo el ciclo vital. El programa se estructura en cinco competencias generales (cuidado del paciente

y la promoción de la salud, conocimiento médico, aprendizaje en la práctica y mejoramiento continuo, herramientas de comunicación, relaciones interpersonales y trabajo en equipo, profesionalismo y compromiso) y cinco competencias específicas (excelencia clínica, plan terapéutico, calidad de la atención, educación y promoción, investigación y docencia), desarrolladas por un plan de estudio dividido en tres etapas, una por cada año de estudio (Universidad Austral de Chile Medicina Familiar y Comunitaria, 2014).

En el marco de la reforma en salud que consolidó el modelo de atención integral, familiar, promocional y preventivo y de gestión en red, se creó la necesidad de ampliar, reforzar y profundizar las oportunidades formativas para capacitar los recursos humanos médicos involucrados en los procesos de mejoramiento de la capacidad resolutiva del nivel primario de atención. Esto llevó a principios del 2004 a constituir el Consorcio Inter-Universitario en Salud y Medicina Familiar, entidad dependiente de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile e integrada por los departamentos, unidades y programas de atención primaria, salud y medicina familiar de las seis universidades mencionadas. Con este grupo se estructuró un equipo de trabajo que dio forma a una "plataforma virtual para la educación a distancia" y a un "programa diplomado de fortalecimiento de la capacidad resolutiva del médico general de atención primaria en salud", oferta formativa por módulos, a cargo de los departamentos, unidades y programas de salud y medicina familiar de las facultades de Medicina.

Dicho programa es semipresencial y tiene el carácter de Diploma de Extensión. Cuenta con el patrocinio de la Asociación de Municipalidades y de la Sociedad de Medicina Familiar y General de Chile, y su implementación a nivel regional y nacional involucra activamente a los servicios de salud. Está orientado a médicos generales que se desempeñan en la atención primaria de salud a lo largo del país. Pretende contribuir a mejorar su capacidad resolutiva frente a patologías de alta prevalencia consideradas en el Plan AUGE, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje que integra distintas estrategias didácticas, caracterizadas por motivar el

autoaprendizaje, por facilitar la construcción del conocimiento, por su flexibilidad y adaptabilidad a los distintos contextos y cuyo elemento común es la participación de distintos actores y por su interés en conformar una comunidad de aprendizaje. No otorga el título de especialista en Medicina Familiar, pero sí una certificación del diplomado realizado.

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

El médico familiar en Chile se desempeña en diferentes ámbitos por ser un profesional preparado para atender de forma integral las necesidades de las personas, familias y comunidades. Ha encontrado campo de acción en la parte ambulatoria (Centros de Salud Familiar y atención domiciliaria) o institucional, en la clínica o en el área de gestión, en el sector público y en el privado. La investigación experimental y no experimental es otro de sus ámbitos. Allí aporta nuevas respuestas a problemas antiguos y prevalentes gracias al apoyo de Sociedad de Medicina Familiar (Fábrega, 2007). Sin importar en cuál de estos ambientes labore, en todos el médico familiar ha obtenido una respuesta positiva de los usuarios, empleadores y equipo de trabajo (Depaux, 2013; Montero *et ál*., 2009; Román, Pineda y Señoret, 2007).

El principal campo de acción del médico familiar en Chile es la APS, porque el cambio de paradigma requiere una postura política donde es necesario contar con un especialista en atención primaria; sin embargo, aún hay muchas controversias y algunos grupos piensan que es más importante aumentar la resolutividad en la morbilidad que en la prevención. Por esta razón, el Ministerio de Salud optó por el médico familiar para hallar una solución a este problema, con lo cual busca tener médicos para la atención primaria y no en la atención primaria. La diferencia radica en que en la segunda opción solo importa su existencia, mientras que en la primera se

tiene en cuenta el tipo de médico requerido y la necesidad de asegurar su continuidad, para que pueda realmente resolver los problemas de salud de la población (Fábrega, 2007).

Pese a que el Ministerio de Salud ha pensado en el médico familiar como el principal actor de la APS, la legislación no refleja esto. Además, es poca la literatura que aborda este tema. Una de las excepciones se da cuando surgieron los Centros de Salud Familiar, pues se consideró fundamental que estos centros contaran con médicos familiares en cantidad y proporción adecuadas (Peñaloza, Rojas del Canto, Rojas Villar y Téllez, 2001).

Otro campo de acción importante es el comunitario, donde el equipo de trabajo debe contar con médicos familiares para que este sea el primer contacto de la población con los servicios de salud y se garantice la continuidad e integralidad en la atención. Además, este especialista conoce cuál es la mejor opción asistencial y trabaja de la mano con la comunidad; reconoce las manifestaciones de los problemas de la salud y la influencia que tiene en estas el contexto social del paciente (Rodríguez y Barrios, 2007).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

El médico familiar en Chile es el eje central del equipo multidisciplinario de la atención primaria. Los fundamentos que guían su formación se vinculan con la política pública vigente a 2014. Dentro de la estrategia de desarrollo social, la atención primaria es el espacio donde se construye el derecho a la atención de salud y el derecho a la salud. El médico familiar, al elegir esta especialidad, opta por vincularse con lo prioritario en la política pública chilena: desarrollar una atención ambulatoria con un profundo contenido social (Depaux, 2013). Desde esta perspectiva, es una pieza fundamental dentro del equipo de salud, y es la cara visible de una política de Estado basada en un alto concepto de la familia y la comunidad.

Como respuesta a la acción sanitaria individual y comprometida, se conforman redes basadas en un modelo ambulatorio, con un médico con altos estándares de formación, resolutivo, capaz de interactuar con el equipo de salud y de buscar distintas opciones de cuidado: el médico familiar (Cárdenas y Pinninghoff, 2013; Román *et ál*., 2007). En coherencia con el modelo de atención, este profesional aprovecha las oportunidades para establecer relaciones adecuadas con las familias y lograr un contacto cercano, continuo y cordial con todos sus integrantes (Cárdenas y Pinninghoff, 2013).

La prevención y control de los riesgos, concepto presente en la formación del médico familiar, permitió optimizar la relación entre costo y beneficio desde una perspectiva global. El médico, como intermediario del equipo de salud, está en la capacidad de generar estrategias de fortalecimiento de la calidad y resolución oportuna de problemas de salud (Depaux, 2013).

En Chile el médico familiar ejerce un rol importante en el sistema de salud: es el responsable de prestar una atención de calidad y humanizada, con una alta resolutividad y costo-efectividad; trabaja en equipo y ha demostrado que se puede desempeñar en cualquier sector del sistema tanto en atención ambulatoria, como en urgencias y atención domiciliaria (Román *et ál*., 2007). Además, enfoca al paciente de una forma integral, desde una perspectiva biopsicosocial, basada en una buena relación médico-paciente, lo que ha hecho que se sientan satisfechos con la atención (Pantoja, 2003).

En el sistema de salud chileno se espera que el médico familiar tenga un campo de acción amplio, con múltiples tareas y funciones. Esto para pueda responder a los problemas de salud más prevalentes, incluidas acciones que pueden ser realizadas también por otros especialistas, y continúe con un buen trabajo en equipo en beneficio de los pacientes. Sin embargo, se requiere un mayor apoyo explícito en la normatividad para que esto se haga realidad.

Síntesis

Chile es un país democrático y presidencialista, con un poder político centralizado que actúa en todo el territorio nacional a través de las autoridades locales. A 2014 se encontraba en una etapa avanzada de transición demográfica, con un envejecimiento progresivo de su población.

El sistema de salud es mixto, con un sector público y uno privado. La población puede escoger a cuál afiliarse. En el sector público, todos los afiliados tienen el mismo plan de beneficios independiente del aporte que realizan; también pueden cotizar en alguna de las 14 Instituciones de Salud Previsional (Isapre) en donde dicho plan depende del aporte y perfil de riesgo individual. En el sector privado, existen tres formas de prestar los servicios de salud: a través de las Isapre, las compañías de seguros o los prestadores de servicios de salud; dependiendo del tipo de contrato, las personas pueden escoger su forma de atención.

El sistema de salud chileno se basa en la estrategia de atención primaria. Para poder ponerlo en marcha se requirió invertir en infraestructura, por lo que aumentó el número de centros de atención, y los definió claramente con los equipos de trabajo y estableció objetivos para cada uno de ellos. Sin embargo, es de resaltar que en la bibliografía encontrada no se menciona al médico familiar como integrante esencial en estos equipos de trabajo. Pese a esta situación, en algunos centros de salud familiar cuentan con médicos familiares y han tenido respuestas favorables.

La mayoría de los logros en salud pública se deben al modelo de atención primaria que adoptó el país sobre la base de equipos de salud multidisciplinario, cercanos a la comunidad y ubicados en todo el territorio nacional. Esto permitió aplicar en forma sistemática y universal los programas y protocolos de intervención diseñados por la autoridad central, que lograron impactar en los problemas de salud de la población. El desarrollo de este modelo no es uniforme y no plica para el sector privado.

El modelo de atención de salud se basa en la APS y presta la atención por medio de programas enfocados en el ciclo vital individual y las patologías que presente cada persona. Esto hace que la atención se fraccione y se pierda la integralidad con la que se debe abordar a los pacientes.

El modelo de atención primaria no ha sido del todo exitoso dado que la inversión en recurso humano no ha sido la adecuada. La remuneración económica en los centros de atención primaria no es la esperada. Como resultado, un reducido porcentaje de médicos generales y familiares trabajan en APS. Esto lleva a que exista aún en el país un desconocimiento de la especialidad, no solo por parte de los integrantes del sistema, sino de la especialidad en general.

Chile cuenta con seis facultades que ofertan la especialidad en Medicina Familiar, asociadas en un Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, con el fin de potenciar la formación de especialistas centrados en una atención humana con calidad y eficiencia, con una visión integral del proceso salud-enfermedad en el ámbito preventivo, curativo y de rehabilitación durante todo el ciclo vital, aspectos que favorecen al paciente y es costo-efectivo para el sistema.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). Chile. *The World Factbook*. Recuperado de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ci.html

Alvarado, G. y Moya, J. C. (2008). *División político-administrativa y censal 2007*. Recuperado de http://historico.ine.cl/canales/chile_estadistico/territorio/division_politico_administrativa/pdf/DPA_COMPLETA.pdf

Bass del Campo, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, *12*(11), pp. 1-12.

Bastías, G. y Valdivia, G. (2007). Reforma de salud en chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín Escuela de Medicina U.C Pontificia Universidad Católica de Chile, 32*(2), pp. 51-58.

Becerril-Montekio, V., Reyes, J. d. D. y Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública Mexicana*, *5*.

Benavides, P., Castro L, R. y Jones J, I. (2013). Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050. Recuperado de http://www.dipres.gob.cl/594/articles-117505_doc_pdf.pdf

Bozzo, G. (1999). Desarrollo de la medicina familiar en Chile. Recuperado de https://www.medicinafamiliar.cl/medicina-familiar-en-chile/desarrollo-de-la-medicina-familiar-en-chile/

Cárdenas, C. y Pinninghoff, C. (2013). Modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario: Experiencias en la implementación desde un equipo de atención hospitalaria. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17, pp. 139-146.

Castillo Laborde, C. y Villalobos Dintrans, P. (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada a dos sistemas de protección. *Revista Médica de Chile*, 141, pp. 1456-1463.

Congreso Nacional de Chile. (1995). Ley n.º 19378 Estatuto de Atención Primaria en Salud Municipal.

____. (1996). Ley n.º 19465 Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas.

____. (2006). Ley n.º 18695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

Contraloría de Chile. (2014). Ampliación Ley n.º 20717. Recuperado de https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=251693

Contraloría General de la República. (2014). Código sanitario. Recuperado <http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/leyes/dfl/dfl725_ Codigo_Sanitario.pdf>

Contreras, G., Naranjo, P., Beltrán, R., Cruces, J. y Córdoba, C. (2005). *Las instituciones de salud previsional*. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Depaux, R. (2013). ¿Es la medicina familiar una respuesta a alguno de los problemas actuales en salud y necesidades de las personas? *Medwave*, *13*(3), e5644.

Depaux, R., Campodónico, L., Ringeling, I. y Segovia, I. (2008). *En el camino a centro de salud familiar*. Recuperado de http://buenas-practicasaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf

Dirección de Salud de Santiago de Chile. (2014a). Atención primaria mujer, adulto y adultos mayores. Recuperado de http://www.saludstgo.cl/servicios/atencion-primaria/

____. (2014b). Atención primaria en salud mental, niños y adolescentes. Recuperado de http://www.saludstgo.cl/servicios/atencion-primaria/

____. (2014c). Programa de promoción de salud. Recuperado de http://www.saludstgo.cl/servicios/atencion-primaria/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Observatorio demográfico, 2013 LC/G. 2615-P. Santiago de Chile, 2014.

Escobar, L. (2013). *Evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), ¿Una necesidad para Chile?* Recuperado de https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119-dra-lilia-

na-escobar-superintendenta-s-de-salud&category_slug=presentaciones-1&Itemid=1145

Fábrega, R. (2007). El médico familiar y su rol en la salud de las familias chilenas. *Medwave*. doi: 10.5867/medwave

Gattini, C. y Alvarez, J. (2011). *Salud en Chile 2010 panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Recuperado de new. paho.org/chi/images/PDFs/salud %20chile %202010.pdf

Giedion, Ú, Villar, M. y Ávila, A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. *Instituto de Ciencias del Seguro, Fundación Mapfre* 1-341. Recuperado de https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf

Medicina General Familiar Universidad de Chile. (2014). Programa de formación de especialistas en medicina general familiar. Recuperado de http://www.medicina.uchile.cl/atencionprimaria/docencia/beca-medicina-general-familiar

Ministerio de Salud. (2014). Hitos de la salud chilena. Recuperado de https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/

Montero, J., Rojas, M. P., Castel, J., Muñoz, M., Brunner, A., Sáez, Y. y Scharager, J. (2009). Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en centros de salud familiares en chile. *Revista Médica de Chile*, 137(12), p. 8.

Narbona, K. y Durán, G. (2009). Caracterización del sistema de salud chileno: Enfoque laboral, sindical e institucional. *Fundación Sol*. Recuperado de http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Pantoja, C. (2003). ¿Por qué un departamento académico de medicina familiar? *Revista Médica de Chile*, 131, pp. 338-342.

Peñaloza, B., Rojas del Canto, P., Rojas Villar, M. P. y Téllez, A. (2001). *Modelo de atención en salud familiar una propuesta para contribuir al cambio*. Programa de Medicina Familiar y Comunitaria, Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: https://es.scribd.com/document/62560656/Familiar

Isapres de Chile (2016). Isapres 1981-2016. 35 años de desarrollo del sistema privado de salud de Chile. Recuperado de: http://www.isapre.cl/PDF/Informe%2035%20anos%20de%20las%20Isapres%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf

Rodríguez, V. y Barrios, A. (2007). *El equipo en salud en el ámbito comunitario*. Universidad de la República, Chile.

Román, O. (2002). Un análisis de la situación actual de las especialidades médicas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 130 doi: 10.4067/S0034-98872002000700015

Román, O., Pineda, S. y Señoret, M. (2007). Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Revista Médica de Chile*, 135, pp. 1209-1215.

Romero Strooy, L. (2011). *Modelos y mecanismos de financiamiento en sistemas de salud*. Recuperado de https://docplayer.es/1393212-Modelos-y-mecanismos-de-financiamiento-en-sistemas-de-salud-luis-romero-strooy-superintendente-de-salud.html

Superintendencia de Salud de Chile. (2014). Garantías explícitas en salud AUGE-GES. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html

Superintendencia de Salud - Gobierno de Chile. (2014). Patologías garantizadas AUGE. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyname-501.html

Universidad Austral de Chile Medicina Familiar y Comunitaria. (2014). Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de http://medicina.uach.cl/wp-content/uploads/2019/04/

Programa-Medicina-Familiar-Comunitaria-UNIVERSIDAD-AUSTRAL-DE-CHILE-solo-PARA-WEB.pdf

Universidad Católica de Chile. (2010). *Programas de Postítulo en Medicina Familiar*. Recuperado de Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina- Departamento Medicina Familiar.

Universidad de Chile. (2014). Medicina General Familiar. Recuperado de http://www.uchile.cl/postgrados/9984/medicina-general-familiar

Universidad de Concepción. (2014). Especialidad médica en Medicina Familiar. Recuperado de http://postgrado.udec.cl/?q=es/node/220

Universidad de La Frontera. (2014). Especialidad en Medicina Familiar General. Recuperado de http://postgrado.udec.cl/?q=es/node/220

Universidad de Valparaíso. (2014). Especialidad en Medicina General Familiar. Recuperado de http://www.uv.cl/postgrado/?id=164

Vega, R. y Acosta, N. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur.* Recuperado de http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[324].pdf

Vergara-Iturriaga, M. y Martínez-Gutiérrez, M. S. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública de México*, 48, pp. 512-521.

Lista de tablas

Tabla 3.3. Indicadores demográficos y de salud de Chile (2009-2015).....424
Tabla 3.4. Patologías incluidas en el plan AUGE 438

Lista de siglas

AUGE: Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas
Fonasa: Fondo Nacional de Salud
Isapre: Instituciones de Salud Previsional
Minsal: Ministerio de Salud
Sermena: Servicio Médico Nacional de Empleados

Uruguay

Diana Fabiola Murillo Vargas

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

La República Oriental del Uruguay se encuentra al sudeste de Suramérica, tiene una superficie de 176 215 km^2 y un área marítima de 125 057 km^2. Es un estado unitario con un gobierno constitucional democrático conformado por los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. Está constituido por 19 departamentos y su capital es Montevideo. Limita al oeste con Argentina, al norte y nordeste con la República Federativa del Brasil, y al este y al sur con el Océano Atlántico y el Río de la Plata (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014; Muñoz y Fernández, 2009).

En 2014 contaba con una población de 3 332 972 habitantes, de los cuales el 40 % residía en Montevideo, lo que evidencia un alto grado de urbanización. El territorio lo habitan tres grupos étnicos: blancos (88 %), mestizos (8 %) y negros (4 %). El idioma oficial es el español y también se habla el portuñol, una mezcla de portugués y español. Los uruguayos profesan las siguientes religiones: católica romana (47,1 %), cristiana (11,1 %), judía (0,3 %), otras (1,1 %), sin denominación (23,2 %), y también hay ateos (17,2 %) (CIA, 2014).

La distribución estimada para 2014 por grupos de edad era:

- 0-14 años: 21,0 % (hombres 356 851 / mujeres 344 576)
- 15-24 años: 16,0 % (hombres 269 820 / mujeres 262 830)
- 25-54 años: 38,9 % (hombres 639 766 / mujeres 658 257)
- 55-64 años: 13,9 % (hombres 158 170 / mujeres 178 194)
- 65 o más años: 13,9 % (hombres 185 132 / mujeres 279 376) (CIA, 2014)

De lo anterior se infiere que Uruguay tiene una proporción alta de menores de 14 años (21 %) con respecto a países como Canadá (15,5 %) o España (15,4 %), pero es menor si se compara con países latinoamericanos como Colombia (25,3 %), Argentina (24,9 %), Perú (27,3 %) y Ecuador (28,5 %). Es un país con un promedio relativamente bajo de mayores de 65 años (13,9 %) en relación con Canadá (16,8 %) y España (17,5 %), pero superior en comparación con Colombia (6,5 %), Argentina (11,3 %), Ecuador (6,7 %) y Perú (6,7 %) (CIA, 2014).

La Tabla 3.5 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 3.5. Indicadores demográficos y de salud de Uruguay (2009-2015)

Indicador	Uruguay
Población total (miles)	3 332 972 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	95 (2011)[b]
Expectativa de vida (años)	77,0 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	8,7 [7,8-9,7] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	15 [11-19] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	13,18 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	9,48 (2014 est.)[a]

Médicos por 1000 personas	3,64 (2008)[c]
Enfermeras por 1000 personas*	5,65 (2008)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	8,8 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	70,2 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	20,4 (2013)[c]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	17,0 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	1004 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] "Sistema de salud de Uruguay" por D. Aran y H. Laca.

[c] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes

Las normas que regulan el sistema de salud uruguayo han variado con el tiempo. En 1975, mediante el Decreto Ley 14407, se creó la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad, cuyo propósito era procurar asistencia médica completa a trabajadores privados, a quienes pertenecían a la dirección de arquitectura del Ministerio de Transporte, los prejubilados y a quienes cubría el seguro de desocupación, por medio de instituciones prestadoras de salud públicas o privadas (Muñoz y Fernández, 2009).

Entre 1973 y 1985, periodo de la dictadura militar, se incorporaron al régimen de salud los empresarios unipersonales, se eliminó la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad y la Dirección General de Seguridad Social se encargó de todo lo relacionado con la seguridad social. Esta última se asignó como una dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, encargada a su vez de la Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (Muñoz y Fernández, 2009).

En 1991 se promulgó la Ley de Rendición de Cuentas, según la cual el poder ejecutivo determinaría el valor promedio de la cuota de afiliación mutual. En 1996 se aprobó la Ley 16713, que modifica algunos aspectos de los Seguros Sociales del Estado; por ejemplo, se indica que afiliados pasivos jubilados y trabajadores dependientes en actividades aseguradas en el Banco de Previsión Social tendrían derecho a beneficiarse de la cuota mutual si tuvieran pocos recursos (Muñoz y Fernández, 2009).

En 2001 se determinó que los trabajadores dependientes del área rural no pagarían el aporte equivalente al seguro por enfermedad. Posteriormente se observaron problemas de acceso a los servicios de salud y detrimento en la calidad de la atención, por lo cual en 2005 surgió la necesidad de hacer una reforma que se enfocara en atención primaria y

tuviera en cuenta a toda la población tanto urbana como rural (Muñoz y Fernández, 2009).

Estructura

En la actualidad, el Sistema Nacional Integrado de Salud está conformado por los sectores público y privado. Su creación implicó la universalización de la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud (SNS). Aunque el propósito es integrar los subsistemas público y privado bajo una lógica de coordinación y complementación que fortalezca el SNS, esto requiere cambios en los modelos de atención, financiamiento y de gestión, que se han dado progresivamente (Aran y Laca, 2011; Ríos, 2014).

En el sector público el principal prestador de servicios es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que tiene a su disposición una red de establecimientos con cobertura nacional encargados de la atención de personas con pocos recursos y sin acceso a servicios de salud (37 % de la población). Además cuenta con el Hospital de Clínicas, que depende directamente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y las empresas públicas (petróleo, agua, bancos y energía eléctrica) (Aran y Laca, 2011; Sollazzo y Berterretche, 2011).

Se encuentran también los Institutos de Medicina Altamente Especializada, que son hospitales o clínicas de origen público o privado donde se realizan intervenciones de complejidad y costos altos. Las personas de regímenes especiales (5 % de la población) reciben atención en la Sanidad de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior (Aran y Laca, 2011; Sollazzo y Berterretche, 2011).

El sector privado está a cargo de asociaciones de profesionales privadas sin ánimo de lucro, denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), así como de clínicas y hospitales. Según datos estadís-

ticos del año 2009, las primeras atienden a 56 % de la población, y las segundas a 2 %. La mayoría de IAMC se encuentran agremiadas en entidades como la Federación Médica del Interior y la Unión de la Mutualidad del Uruguay. En ocasiones, dichas instituciones toman la figura de seguro obligatorio para las personas con capacidad de pago (Aran y Laca, 2011).

Financiación

El sistema de salud uruguayo se financia con fuentes públicas y privadas. Las primeras provienen de las contribuciones obligatorias de los trabajadores del sector público, empresas del sector formal de la economía, aportes de jubilados y de impuestos generales. Estas se reúnen en el Fondo Nacional de Salud, que administra la Junta Nacional de Salud de manera centralizada. Esta última se encarga de adquirir servicios de las instituciones prestadoras de salud independientemente del sector al que pertenezcan. Además, proporciona a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) pagos per cápita por la atención de la comunidad (Aran y Laca, 2011).

Las contribuciones patronales corresponden a 5,0 % de los aportes. Los trabajadores que devengan un salario mensual superior al mínimo y tienen hijos menores de 18 años o mayores, pero con discapacidad, aportan 6,0 % de su salario; 4,5 % lo aportan quienes reciben un salario superior al mínimo, pero no tienen hijos, 3,0 % lo proveen trabajadores con menores recursos. Los independientes aportan una cuota que les da el derecho de afiliarse a una IAMC o a la ASSE (Aran y Laca, 2011).

La financiación del sector privado está a cargo de los fondos familiares que se emplean en pagos de bolsillo y las primas de los seguros privados (Aran y Laca, 2011). En cuanto a los riesgos profesionales, los accidentes laborales son atendidos en la Central de Servicios Médicos en Montevideo y su soporte económico está a cargo del Banco de Seguros del

Estado (Aran y Laca, 2011; Sollazzo y Berterretche, 2011). El Fondo Nacional de Recursos asegura el cubrimiento de las intervenciones catastróficas y se financia con las contribuciones de todos los afiliados al sistema (Aran y Laca, 2011; Sollazzo y Berterretche, 2011).

Modelo de atención y de prestación de servicios

En respuesta a las dificultades por las cuales atravesaba el sistema de salud traducidas en la poca cobertura del sector público y el área rural, en 2005, mediante el Artículo 264 de la Ley 17930, se estableció que la atención primaria en salud sería la estrategia global y se le daría prioridad al primer nivel de atención y a las acciones de promoción, prevención y rehabilitación (Muñoz y Fernández, 2009). Este propósito se consolidó con la Ley 18211 de 2007, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyos principios rectores se enuncian a continuación:

1. La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población;
2. La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población;
3. La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud;
4. La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones;
5. La orientación preventiva, integral y de contenido humanista;
6. La calidad integral de la atención que, de acuerdo con normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios;
7. El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud;

8. La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios;
9. La participación social de trabajadores y usuarios;
10. La solidaridad en el financiamiento general. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales;
11. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud (Muñoz y Fernández, 2009).

Una forma de evaluar la eficacia en la prestación de servicios es verificando el cumplimiento de metas prestacionales que determina habitualmente el Ministerio de Salud Pública. En 2008 se enunció como prioridad la práctica asistencial a nivel materno-infantil, al igual que la disminución de los tiempos de espera. En 2009 se propusieron programas de capacitación continua de los recursos humanos en salud y se designó a un médico referente para cada uno de los usuarios de las instituciones prestadoras. Posteriormente se asignó un determinado número de pacientes a un equipo de salud con el objetivo de procurarles una mayor cobertura y una mejor calidad en la atención (Muñoz y Fernández, 2009).

Los equipos se consideran como tal en razón a su integración organizacional y funcional. Están conformados por un médico general, médico familiar, pediatra, ginecólogo y partera. Los centros de mayor complejidad pueden incluir psiquiatra, oftalmólogo, cardiólogo, nutricionista, psicólogo, odontólogo, enfermera, trabajo social, auxiliar de enfermería y auxiliares de registros médicos y de servicios. En 2005 se reportó una distribución inadecuada de los recursos y escasez de algunos, por ejemplo, los de enfermería; por ello no todos los equipos tienen estos integrantes (Ríos, 2014).

Desde 2009 el Ministerio de Salud Pública permite el ingreso de la alta tecnología al sector público para facilitar el acceso de toda la población a estos recursos. En cuanto a los sitios de atención, se cuenta con centros de salud e instituciones comunitarias que desarrollan actividades ambulatorias y domiciliarias (Levcovitz, Antoniol, Sánchez y Fernández, 2011).

En 2011 de publicó un estudio de caso en el Centro de Salud Unión de la Administración de Servicios de Salud del Estado del departamento de Montevideo, sus policlínicas y consultorios independientes, donde se aplicó la herramienta Primary Care Assesment Tool (PCAT), cuyo objetivo era comprender cómo los modelos organizativos de oferta y gestión de la APS se traducían en prácticas, servicios y procesos asistenciales. Se seleccionó a un grupo de usuarios, profesionales y gestores mediante muestreo no probabilístico por criterios (Berterretche y Sollazzo, 2012).

La primera fase de esta investigación se basó en un estudio panorámico realizado en 2009 en Uruguay, donde se analizaron los factores del contexto macrosocial y los elementos del sistema de salud que condicionan el desempeño de la APS. La segunda fase llevó a cabo estudios de caso en centros urbanos de Uruguay, Paraguay y Argentina, caracterizados por una elevada densidad poblacional y donde se evidencian fuerzas sociales con diferentes intereses en el sector salud, así como prestadores de servicios en todos los niveles de atención. Las caracteristicas mencionadas permitieron identificar los problemas principales y predisponentes que contribuyen o evitan la implementación de una APS (Berterretche y Sollazzo, 2012). Se realizaron 178 entrevistas a usuarios, 25 a profesionales y 5 a gestores, 82 % de sexo femenino, con una edad promedio de 53,8 años para los dos sexos.

Desde la perspectiva de los usuarios, se concluye que la formación profesional fue el atributo mejor calificado de la APS, seguido del vínculo, la cartera de servicios, la puerta de entrada y la coordinación. Los que obtuvieron la peor calificación fueron el enfoque familiar y el acceso. Según los profesionales, la puerta de entrada fue calificada como el mejor atributo, y el peor fue la orientación a la comunidad. Desde el punto de vista de los gestores, la cartera de servicios fue el mejor calificado, mientras que el acceso y la orientación a la comunidad fueron los peores atributos. A pesar de ser la estrategia de APS el eje a nivel macrosocial, su implementación se constituye en un reto para procurar una adecuada atención a la comunidad (Berterretche y Sollazzo, 2012). Aunque esta experiencia brinda un pano-

rama de los progresos en la implementación en la APS en Uruguay, tambien deja claro que se requieren evaluaciones dirigidas específicamente a la contribución que hace el médico familiar en este modelo.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

En Uruguay la medicina familiar ha atravesado un largo camino que inició, según algunos autores, en 1963, cuando se describen experiencias vividas por médicos generales en el área rural. Un ejemplo lo constituyen las jornadas de trabajo comunitario en el departamento de Florida, en asentamientos temporales (Ciriacos, Pietrafesa, Pérez y Cousté, 2006; Ponzo, Niz, Sosa y Cuadrado, 2012). En la década de 1970 se destacó la labor de los doctores Hugo Dibarboure y Juan Macedo, quienes promovieron el surgimiento de la especialidad al aportar sus experiencias y conocimientos (Ponzo *et ál*., 2012).

El cargo de médico de familia del Ministerio de Salud Pública se creó el 10 de octubre de 1987, mediante la Ley 15903, en respuesta a las necesidades del sistema y especialmente de la población. En el Artículo 270 se establece que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) contará con medicos familiares que tendrán como rol prestar atención médica en el primer nivel (Ciriacos *et ál*., 2006).

Ese mismo año inició la capacitación del primer grupo de médicos familiares conformado por doce médicos generales mediante seminarios desarrollados por el Ministerio de Salud, con la supervisión de la Organi-

zación Panamericana de la Salud. El 18 de noviembre de 1987, mediante la Resolución 1021, el Ministerio de Salud Pública creó la primera unidad de medicina familiar utilizando como infraestructura el Hospital pediátrico Dr. Pedro Vizca, donde se realizaba una práctica asistencial enfocada en la promoción, prevención, educación a pacientes, familia y comunidad en sus diferentes ámbitos como el colegio, la casa y sitios de trabajo (Ciriacos *et ál*., 2006).

En 1989 se fundó la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar (Sumefa), que aborda aspectos científicos y gremiales, y es miembro activo del Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Kemayd, 2007) (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 55). La Sociedad hace presencia en múltiples eventos internacionales, entre ellos, el primer Congreso de Medicina Familiar de Mercosur, en Punta del Este (1997), la primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en España (2002) y la segunda Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Chile (2005) (Kemayd, 2007).

Por medio de la Ley 17930 del 19 de diciembre del 2005, en su Artículo 284, que modifica el 270 de la Ley 15903, se determina que un equipo interdisciplinario de salud, coordinado por un médico familiar, debe ser el responsable del primer nivel de atención. Este cambio le permitió a la población recibir atención de manera integral por parte de un profesional, o médico de cabecera, que supliera sus requerimientos generales (Ciriacos *et ál*., 2006).

En 2007 se legisló sobre la reforma en salud, que se pone en marcha un año después. Esto constituye un hecho fundamental, pues se establece el Sistema Nacional Integrado de Salud, encargado de articular a los sectores público y privado. En 2009 entró en vigencia un nuevo plan de estudios en la Universidad de la República. Este se orienta al espacio comunitario y al primer nivel de atención, donde la medicina familiar tiene un papel protagónico (Aran y Laca, 2011).

En diciembre de 2011 se conformó la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria, que reúne las primeras dos asociaciones que formaron los médicos familiares: la Sumefa y la conformada por médicos residentes. La Sociedad, desde su creación, es miembro de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar que, desde el 2004, es la VI región de la Wonca. El programa de Medicina logró su acreditación en 2012, a partir de su reforma curricular en el programa MEXA de acreditación de carreras del Mercosur (Ponzo *et ál*., 2012). En marzo del 2015 se realizó en Montevideo el cuarto Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar.

Características del programa académico

En Uruguay existe solamente un programa de formación en medicina familiar y fue admitido en el Programa Nacional de Residencias Médicas de la Universidad de la República en 1996. Un año después la residencia inició prácticas en el subsector público (Ponzo *et ál*., 2012).

El programa de Medicina Familiar fue reconocido como especialidad en el 2002 por la Facultad de Medicina. Su sede inicial fue el Hospital Dr. Gustavo Saint Bois, localizado en la periferia de Montevideo. El primero de septiembre de 2004, según la Resolución 54, el Consejo de la Facultad cambió la denominación de Departamento de Docencia en Comunidad a Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo principal objetivo era desarrollar un escenario para la asistencia, la enseñanza, la investigación y la extensión en el campo de la salud de la atención primaria. A partir de 2007 se ubicó en el Instituto de Higiene y desde 2012 se localiza en su sede actual, el Edificio Alpargatas, anexo al Edificio Central de la Facultad de Medicina (Ponzo *et ál*., 2012).

Para ingresar al posgrado, es necesario presentar el examen de residencias médicas, que consta de dos pruebas escritas, con temas definidos. Los resultados permiten ordenar por puntaje a los aspirantes de mayor a

menor y distribuir el número de cupos existentes. En 2008 se observó una aceptación importante del posgrado en Medicina Familiar, pues ocupó el primer puesto entre las especialidades en Medicina con mayor demanda (Ponzo *et ál*., 2012).

No hay un número límite de cupos para el ingreso a la especialidad, ya que depende de la cantidad de aspirantes inscritos que realicen las pruebas. Sin embargo, se observa un incremento importante en el número de inscritos, pasando de 4 residentes en 1997 a 25 residentes en 2005 y, finalmente, a 40 en 2009 (Levcovitz *et ál*., 2011).

En 2009 entró en vigencia un nuevo plan de estudios en la Universidad de la República que se orienta al espacio comunitario y al primer nivel de atención, donde la medicina familiar tiene un papel protagónico. Se percibe además el interés por parte de las instituciones de salud privadas en contribuir a la formación del recurso humano especializado en esta disciplina (Aran y Laca, 2011; Bielli, 2003).

La formación de los residentes y profesionales es responsabilidad del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, de creación reciente, y está en manos de docentes especialistas en esta área. Se basa en tres pilares: Clínica, Familia y Comunidad. Se destaca el progreso del marco académico dado por la implementación de las materias correspondientes y el énfasis en formación en el campo comunitario, así como la existencia de un tutor. Él se encarga de guiar y asesorar directamente al estudiante durante su proceso de especialización (Ponzo *et ál*., 2012).

El sistema de formación del especialista en medicina familiar tiene como objetivo facilitarle al estudiante la adquisición de una serie de conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes para brindar eficientemente la asistencia médica a los pacientes, realizar funciones de promoción, prevención, educación sanitaria y asumir su autoformación para desarrollarse en el contexto académico, psicológico, ético, legal y técnico de alto nivel. Otorga el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Bielli, 2003).

La residencia en Medicina Familiar y Comunitaria dura tres años, con una intensidad académica de seis horas semanales para la salud pública distribuida en epidemiología, administración de servicios de salud de primer nivel, antropología, educación para la salud e investigación. La práctica clínica se realiza en el primer nivel de atención, con 48 horas semanales de formación, de las cuales 12 se desarrollan en la puerta de urgencias de diversos hospitales en los servicios de ginecología, pediatría y medicina general, 24 horas clínicas, 4 horas no clínicas y 8 horas de trabajo comunitario por semana (Bielli, 2003).

En el primer año se realiza el abordaje familiar y comunitario en el ámbito de pediatria y gineco-obstetricia. Además, incluye un módulo de medicina preventiva (medicina familiar), salud mental, epidemiología, emergencias y actividades en consultorios ambulatorios. El segundo año se centra en medicina del adulto, que comprende el módulo de salud mental, emergencias, medicina familiar preventiva, seminarios de residentes y talleres clínicos integrales. En el tercero se realiza la integración de los conocimientos adquiridos durante los años previos de residencia mediante una práctica denominada integral, desarrollada en diferentes departamentos de Uruguay, y en la cual son necesarios conocimientos en otorrinolaringología, dermatología, geriatría, reumatología y pediatría (Jones, Sosa y Vignolo, 2011).

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

El primer nivel de atención y la atención comunitaria son los objetivos de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria; además, constituyen el ámbito de desempeño ideal para este especialista. Esto se complementa

con su participación en la educación superior. En este punto, es importante destacar el papel de las universidades en la formación del recurso humano, mediante la divulgación de conocimientos teóricos y la creación de policlínicas como centros integradores docente-asistenciales en pre y posgrado, que facilitan la práctica clínica, además del desarrollo de cursos de educación continuada para el equipo de APS (Kemayd, 2007). En 2010 se instalaron las primeras once unidades docente-asistenciales del primer nivel de atención, que son centros de formación de residentes y prestación de servicios de salud a la comunidad, en seis departamentos del país. En 2013 se contaba con quince de estas unidades, que incluyen unidades privadas. Esta expansión proporciona una mejor atención y mayor cobertura a los habitantes del área (Kemayd, 2007; Ponzo *et ál*., 2012).

En 2005 existían 129 cargos para médicos familiares. Casi una década después, se consideró que la velocidad para formar médicos familiares que se había tenido hasta el momento era insuficiente. Por esta razón, se pensó en capacitar medicos generales para que pudieran convertirse en médicos familiares mediante programas de formación en servicio (Ponzo *et ál*., 2012). En 2012 se contaba aproximadamente con 400 medicos familiares entre médicos ya certificados y homologables, y 100 medicos familiares en formación. En la actualidad se calcula que para las necesidades de Uruguay se requieren unos 3000 médicos familiares, pero se tienen solo recursos para 559 (Ponzo *et ál*., 2012).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

Aunque en Uruguay se reconoce que la atención primaria en salud es mucho más que el primer nivel de atención, también se identifica la necesidad de que este sea fuerte, y para ello la figura del médico familiar es fundamental. De hecho, la especialidad se valora como una disciplina médica específica de la atención primaria en salud (APS), con un objeto y método

particulares, cuyo trabajo se fundamenta en la atención de la salud de una población conocida e independiente de la edad, sexo o patología de sus integrantes (Dibarboure, 2006). Se le atribuyen características fundamentales como son la atención longitudinal o continuada, íntegra y coordinada de la salud en el contexto familiar y comunitario. Además, la mayor frecuencia de contactos con el grupo familiar genera más oportunidades para prevenir patologías mediante la educación de cada uno de sus miembros, con lo cual se promueve el estado de bienestar biopsicosocial de la población a su cargo (Dibarboure, 2006).

En consecuencia, el funcionamiento del modelo de atención primaria en salud en Uruguay se ha determinado a través de las siguientes tareas: atención de la demanda que incluye situaciones de urgencia; atención programada de episodios no urgentes, de pacientes crónicos, control de niños sanos y mujeres embarazadas; atención domiciliaria para controlar episodios de enfermedad limitados; verificación de la información y observación del entorno familiar del paciente. Otras tareas son la educación sobre hábitos de vida saludable, vacunación, salud sexual y reproductiva (Dibarboure, 2006).

Para que el médico familiar pueda ejercer su labor de manera integrada con las otras especialidades, en 2008 se propuso integrar en centros primarios que funcionaran como puerta de entrada exclusivo al sistema de atención a establecimientos extrahospitalarios, especialmente intendencias municipales, consultorios de medicina familiar de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), centros de salud, policlínicas de las intendencias municipales y policlínicas dependientes de organizaciones no gubernamentales (Dibarboure, 2006). Lo ideal es que cada centro tenga a su cargo pacientes afiliados a la ASSE por el Sistema Nacional Integrado de Salud que vivan en un área delimitada, y se ofrezca un tiempo de servicio de por lo menos ocho o veinte horas (Dibarboure, 2006).

Esta especialidad nace en respuesta a la insatisfacción de la población, debido a la tendencia existente hacia la especialización, que trajo

como resultado la valoración y manejo fragmentados del paciente, que iban en detrimento de la calidad en su atención (Levcovitz *et ál*., 2011). El objetivo de los médicos familiares en Uruguay es promover un cambio en el modelo de atención que permita la construcción de un primer nivel resolutivo, íntegro, con la facultad para constituir y liderar equipos interdisciplinarios, orientado a la sociedad y su ambiente, que promueva actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de los diferentes grupos poblacionales (Levcovitz *et ál*., 2011). Para ello se requiere un volumen de médicos familiares mayor del que se tiene en el momento (2014).

Síntesis

El sistema de salud en Uruguay está compuesto por los sectores público y privado, que se articulan a través del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esto permite una mayor cobertura de toda la población tanto en el área urbana como rural. El sistema se encuentra en un periodo de expansión y consolidación mediante la instalación de unidades docente-asistenciales en el primer nivel de atención; sin embargo, aún está en la búsqueda de que la medicina familiar sea la puerta de entrada al sistema de salud.

La Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria apoya el cambio en el modelo de atención y considera que se logrará con el incremento en el número de profesionales en medicina familiar y comunitaria. Para esto, uno de sus objetivos es promover el desarrollo profesional continuo. Esto coincide con el objetivo de incrementar el número de médicos familiares, proceso que inició en 1997 y que se ha acelerado a partir de 2009. Sin embargo, el número de profesionales en medicina familiar y comunitaria a 2014 aún es reducido respecto a las necesidades.

Teniendo en cuenta las áreas de desempeño del médico familiar, la atención a diferentes grupos etarios, independientemente de sexo o afección, la longitudinalidad, la continuidad, el enfoque preventivo y de riesgo y la capacidad en coordinación de la atención, se considera al médico familiar como el especialista idóneo para manejar de manera asertiva y precisa los programas de atención primaria.

La integración entre los centros de atención públicos y privados con los programas académicos de la universidad convierte estas unidades docente-asistenciales en una proyección definida para consolidar al médico familiar como puerta de entrada y así aportar al desarrollo del modelo de APS en Uruguay.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uy.html

Aran, D. y Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México, 53*(2), 5274.

Berterretche, R. y Sollazzo, A. (2012). El abordaje de la atención primaria de salud, modelos organizativos y prácticas: Caso de un centro de salud público urbano de montevideo, Uruguay 2011. *Saúde Em Debate, 36*(94), pp. 461-472. doi:10.1590/S0103-11042012000300017

Bielli, H. (2003). Programa de formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. Universidad De La República Facultad De Medicina Escuela De Graduados Departamento De Docencia En Comunidad. Aprobado por la escuela de graduados en julio de 2003 surgido del informe de la Comisión ad-hoc de agosto de 2001. Recuperado de http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/posgrado/ProgramaPostgrado.doc

Ciriacos, C., Pietrafesa, D., Pérez, M. & Cousté, N. (2006). Historia de la medicina familiar en Uruguay. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062g.pdf

Dibarboure, H. (2006). La atención primaria de salud (APS) en Uruguay. Recuperado de https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art8.pdf

Jones, J. M., Sosa, A. y Vignolo, J. (2011). Formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. *Facultad de Medicina Universidad de La República*. Recuperado de http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/publicaciones/Revistas/art7.pdf

Kemayd, A. I. (2007). Medicina familiar en Uruguay: Hacia un nuevo modelo de atención. *Atención Primaria,* 39(8), 445. doi:10.1157/13108620

Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D. & Fernández, M. (2011). Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud&alias=348-ops-libro-de-aps-2011&Itemid=307

Muñoz, M. y Fernández, M. (2009). Perfil de los sistemas de salud república oriental del Uruguay. *OPS*, 3, p. 71.

Organización Mundial de la Salud (2016). Global Health Observatory (GHO) data. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Ponzo, J., Niz, C., Sosa, A. y Cuadrado, M. (2012). Formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria en Uruguay. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/?q=node/611

Ríos, G. 2. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay*. Recuperado de https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/Mapeo%20y%20analisis%20de%20los%20modelos%20APS%20en%20America%20del%20Sur.pdf

Sollazzo, A. y Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de salud en Uruguay y los desafíos para la atención primaria. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf

Lista de tablas

Tabla 3.5. Indicadores demográficos y de salud de Uruguay (2008-2015) 462

Lista de siglas

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado
IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
SNS: Seguro Nacional de Salud

Venezuela

Lina María Mahecha Rivera

July Andrea Velándia Toca

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Andrés Felipe Marín Báez

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

La República Bolivariana de Venezuela es un estado federal democrático, social, de derecho y de justicia, conformado por 23 estados federales y un Distrito Capital, Caracas. Limita al norte con el mar Caribe, al oeste con Colombia, al sur con Brasil y por el este con Guyana. Tiene una extensión de 912 050 km^2. El idioma oficial es el español; también se hablan numerosos dialectos indígenas. La religión principal es el catolicismo (96 %); le siguen el protestantismo (2 %) y otras religiones (2 % restante) (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014).

Según las estadísticas de julio 2014, la población era de 28 868 486, la distribución estimada para 2014 por grupos de edad era:

0-14 años: 28,2 % (hombres 4 143 840 / mujeres 3 985 489)

15-24 años: 18,8 % (hombres 2 723 856 / mujeres 2 697 672)

25-54 años: 39,6 % (hombres 5 614 922 / mujeres 5 818 903)

55-64 años: 5,9 % (hombres 1 030 898 / mujeres 1 137 894)

65 o más años: 5,8 % (hombres 755 183 / mujeres 959 829) (CIA, 2014).

En 2011 la población urbana ascendía a 93 % y se ubicaba en Caracas, Maracaibo, Valencia, Barquisimeto y Maracay (Bonvecchio, Becerril-Montekio, Carriedo y Landaeta, 2011).

La Tabla 3.6 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 3.6. Indicadores demográficos y de salud de Venezuela (2001-2015)

Indicador	Venezuela
Población total (miles)	28 868 486 (2014 est.)[b]
Población cubierta por la seguridad social (%)	65 (2011)[b]
Expectativa de vida (años)	74,1 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	12,9 [10,1-16,4] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	95 [77-124] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	19,42 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	5,27 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	1,939 (2001)[c]
Enfermeras por 1000 personas*	1,131 (2001)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	3,6 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	27,1 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	4,3 (2013)[c]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	65,8 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	141 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras.
n.v.: nacidos vivos
PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.
[b] "Sistema de salud en Venezuela" por A. Bonvecchio, V. Becerril-Montekio, A. Carriedo y M. Landaeta.
[c] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

Generalidades del sistema de salud

Estructura

El sistema de salud venezolano ha presentado cambios importantes desde la promulgación de la Constitución Política de 1961, donde se propone un sistema de seguridad social que dé cobertura a toda la población. Sin embargo, esto no se ha cumplido; por ejemplo, aumentaron las desigualdades en las condiciones de salud y la inversión en este sector disminuyó de 13,0 % del PIB del presupuesto nacional en 1970 a 7,89 % en 1996 (Radames y Salas, 2008).

Ante esta situación, en 1999, el entonces presidente Hugo Chávez Frías reformó la Constitución en su primer mandato. Esta Carta establece una nueva legislación de los derechos sociales y de las familias; además, busca garantizar la seguridad social a la población, con principios de unidad, solidaridad, integralidad, descentralización, universalidad, gratuidad, eficiencia y participación. Por ejemplo, el Artículo 83 consagra que todos los venezolanos tienen el derecho de recibir atención médica por medio del Sistema Público Nacional de Salud, lo cual instituye la salud como un derecho fundamental (Asamblea Nacional Constituyente de Venezuela, 1999) con el propósito de brindar servicios en favor de la calidad de vida y

el desarrollo. En este marco, se reestructura el sistema de salud con la creación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) y la implementación del Modelo de Atención Integral de salud (Bonvecchio *et ál*., 2011).

Con la reforma, el sistema de salud se divide en sector público y privado. El primero reúne diferentes instituciones como el MS, instancias descentralizadas como las direcciones estatales de salud y desarrollo social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de la Fuerzas Armadas (IPSFA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación (IPASME). Por su parte, la empresa Petróleos de Venezuela (PDVSA) provee un seguro de salud a cada uno de los empleados. El sector privado se encuentra conformado por personal médico y compañías de seguros de salud que se encargan de prestar servicios a cambio de un pago directo.

Con esta nueva estructura se fragmenta el sistema de salud, situación que se profundiza con la descentralización de servicios que se da en la década de 1990, en 17 de los 23 estados. El sector formal de la economía (trabajadores asalariados, pensionados, jubilados y sus familias) cuenta con cobertura del IVSS, el IPSFA y el IPASME (Bonvecchio *et ál*., 2011). Un segundo grupo es atendido por el IVSS. Se trata, por ejemplo, de trabajadores tanto informales como independientes bajo el régimen facultativo y mujeres desempleadas que requieren atención médica por maternidad. El sector informal (población desempleada y su grupo familiar) cuenta con la cobertura del Ministerio, por medio de proyectos como Misión Barrio Adentro, la red hospitalaria y los centros de atención ambulatoria (Bonvecchio *et ál*., 2011). Por último, se encuentra la población con capacidad de pago que puede acceder a seguros privados o particulares. Esta fragmentación ha generado, entre otras dificultades, la imposibilidad de establecer una base de datos universal del sector público y del privado, ya que cada prestador cuenta con un sistema de registro propio que no se considera confiable ni actualizado (Bonvecchio *et ál*., 2011).

Financiación

El Ministerio del Poder Popular para la Salud se financia con recursos del gobierno central, los estados y municipios. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales lo hace con cotizaciones patronales y de los trabajadores, así como con aportes del gobierno. El Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación, el Instituto de Previsión Social de la Fuerzas Armadas y las universidades se financian con aportes de los empleadores y los trabajadores. La empresa Petróleos de Venezuela contrata servicios privados de salud (Bonvecchio *et ál*., 2011). .

Modelo de atención y de prestación de servicios

Es de anotar que en la legislación venezolana en salud no se contempla como tal el término atención primaria en salud (APS); sin embargo, las diferentes reformas a nivel político e institucional ponen de manifiesto que la idea del gobierno en la última década ha sido basar su sistema de salud en ese modelo. De hecho, el médico familiar y el médico general integral se ubican en los primeros niveles de atención como su base.

Entre 1999 y 2003 la experiencia de la APS dentro del sistema de salud se desarrolla bajo el Modelo de Atención Integral, con el que se tienen avances; sin embargo, estos no son del todo satisfactorios (Febres y Balliache, 2012). Por ello, el gobierno de Hugo Chávez, en 2003, implementó de manera paralela al sistema tradicional el Programa Integral de Prestación de Atención Primaria en Salud Misión Barrio Adentro (véase sección Experiencia significativa. Misión Barrio Adentro (MBA), pág. 505), inspirado en el modelo de salud cubano. Barrio Adentro busca atender a la población pobre y excluida para reducir sus necesidades sociales. Con esto se pretende mejorar la calidad de salud y vida, y articular los diferentes niveles de atención en el sector público. Actualmente esta es la propuesta del gobier-

no de un modelo de atención integral en salud basado en la prevención y promoción de la salud y un modelo de salud centrado en las necesidades de los venezolanos, basado en la estrategia de la APS.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

En 1974 se realizó la XXIX Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, que estableció la necesidad de formar especialistas del primer nivel de atención. Luego, en la XXXIII Asamblea Ordinaria, la Federación definió al médico familiar como la puerta de entrada al sistema de salud (Ledesma y Flores, 2008).

Las experiencias iniciales de formación de médicos familiares en Venezuela fueron auspiciadas por la Fundación Kellog, la cooperación técnica de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina y el apoyo de otros países como Canadá, México y Estados Unidos. Unas experiencias se desarrollaron en el extranjero y otras dieron origen a programas académicos en el país. La primera experiencia en Venezuela corresponde a las Unidades Asistenciales de Medicina Familiar del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), programa de formación en ejercicio desarrollado en un centro de atención ambulatoria de Caricuao (Caracas). Buscaba proveer consulta médica al grupo familiar, antes que solo al paciente, "con un enfoque preventivo y holístico". Los equipos estaban integrados por médicos familiares o generales, auxiliares de enfermería y asistentes de trabajo social (Mejía, Quintero, D'Avila y Silva, 2007). Un proceso similar se verifica en el ámbito del Ministerio de Salud,

en el Hospital General del Sur, en Maracaibo. En 1980 se crearon en el IVSS tres niveles de atención, y el médico familiar se convirtió en el líder del primer nivel. Esta figura se consolida mediante el Decreto Gubernamental 1798 de 1983 y con la creación del programa de Medicina Familiar por el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En 1981, entran en funcionamiento los consultorios de medicina familiar en el área urbana de la ciudad de Mérida.

De acuerdo con la página oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (Sovemefa), en julio de 1981 se creó una consulta de atención inmediata en el principal hospital del IVSS, el Miguel Pérez Carreño, como antesala a la residencia del posgrado en Medicina Familiar. La consulta la atendían seis internos con la supervisión del coordinador del programa y constituía un internado dirigido de un año (Sovemefa, 2014b). Como se comenta más adelante, este internado rotatorio hace parte del posgrado y es uno de los requisitos para el ejercicio de la medicina en Venezuela (véase sección Programas de posgrado tradicionales en Medicina Familiar, pág. 491).

En 1982, iniciaron las residencias del posgrado en la Universidad del Zulia y en la Universidad de los Andes, así como una residencia asistencial en el IVSS de Caracas. En 1984 la Federación Médica Venezolana reconoció la medicina familiar como especialidad y se fundó la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (Sovemefa), adscrita a la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y a la Wonca. La Sovemefa participa en el proceso de recertificación de médicos familiares a partir de 2003, fomenta la investigación con eventos donde los residentes pueden presentar trabajos de grado y apoya la premiación respectiva. Además, promueve la educación médica continuada y la publicación de artículos en su revista *Médico de Familia* (Ledesma y Flores, 2008).

En 1986 se desarrolló la cátedra de Medicina familiar en pregrado, primero en la Universidad del Zulia y luego en otras instituciones, tales como la Universidad de los Andes (ULA), Universidad de Oriente (UDO) y

Universidad Experimental del Táchira (Ledesma y Flores, 2008). A partir de 1990 se implementó, de forma obligatoria, en los centros de primer nivel de atención del IVSS, el servicio de medicina familiar; con esto se extendió en el Instituto la presencia de médicos familiares a casi todas las redes ambulatorias urbanas del país. (Ledesma y Flores, 2008). Entre 1988 y 1995, se crearon nuevas residencias de posgrado en varias instituciones: Universidad de Oriente (UDO-Núcleos Puerto la Cruz y Ciudad Bolívar), IVSS-Naguanagua, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (Coro), IVSS Barquisimeto (reconocida por la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado), Universidad Nacional Experimental del Táchira, Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (San Juan de los Morros) y la residencia asistencial de la Gobernación del Distrito Federal.

Con la introducción a nivel nacional del Modelo de Atención Integral y la Misión Barrio Adentro, surgió la necesidad de aumentar el número de médicos para la atención del primer nivel. En consecuencia, en 2004 se creó la residencia en Medicina General Integral (véase sección Medicina General Integral, pág. 496), fundamentada en un modelo educativo en la comunidad con médicos-tutores provenientes de Cuba (Montalván, 2010) y el pregrado de Medicina Integral Comunitaria (véase sección Medicina Integral Comunitaria, pág. 495).

Dada la división entre médico general integral y el médico familiar, ese mismo año se fundó la Sociedad Bolivariana de Residentes de Medicina General Integral que luego se transformaría en la Sociedad Bolivariana de Medicina General Integral. Inicialmente la conformaron residentes de esta especialidad y en 2007 se consolidó con docentes y egresados. La Sociedad organiza eventos académicos y genera alianzas con organizaciones de médicos generales diferentes a la CIMF, lo cual acentúa la división.

Características de los programas académicos

Los programas de medicina familiar de Venezuela incluyen tres experiencias diferentes en cuanto a la formación de médicos integrales proyectados hacia la atención primaria. La primera corresponde a los programas tradicionales de formación en medicina familiar en posgrado y las otras dos a los programas de formación para la experiencia de Barrio Adentro con la colaboración de Cuba: un programa de pregrado en Medicina Integral Comunitaria y uno de posgrado denominado, al igual que en Cuba, Medicina General Integral.

Programas de posgrado tradicionales en Medicina Familiar

Los programas de posgrado en Medicina Familiar tienen una duración de dos o tres años y recogen en sus planes de estudio lo planteado por la Wonca. Mejía y colegas (2007) mencionan que en el 2007 existían once programas de tres años, adscritos en su mayoría a los departamentos de Medicina Preventiva de las facultades del país; el Consejo Nacional de Universidades acredita el 82 % de estos programas. Según el doctor Antonio Clemente Heimerdinger (2007), en cada año se cursan tres cuatrimestres de 640 horas cada uno (40 horas semanales).

Al revisar en las páginas de Internet los planes de estudio de estos posgrados en tres universidades diferentes, la Universidad Nacional Experimental de Táchira, la Universidad de Zulia y la Universidad de Oriente, se evidencia que no están unificados. La primera hace énfasis en formar un médico para el primer nivel que cuente con un enfoque integral, una buena capacidad resolutiva y esté en capacidad de gestionar los recursos en la consulta y la investigación (Universidad Nacional Experimental de Táchira, 2014). Este es un programa de 58 créditos académicos distribuidos en seis trimestres, que pueden ser cursados máximo en cuatro años, con prácticas de centro de atención ambulatorio de primer nivel y centros

hospitalarios y guardias nocturnas donde se aborda medicina familiar y comunitaria, medicina interna, pediatría y puericultura, gineco-obstetricia, clínica semiológica, investigación y trabajo de grado, salud pública, aprendizaje y docencia, práctica docente y electivas. En este último caso, los estudiantes pueden escoger entre radiología, gastroenterología, reumatología y nutrición (Universidad Nacional Experimental de Táchira, 2014).

Por su parte, la Universidad de Zulia busca formar médicos que atiendan los problemas de salud con una perspectiva biopsicosocial centrada en la persona y orientada a la familia. Su programa se estructura en tres áreas: Práctica de la Medicina Familiar, Ciencias Básicas y Fundamentos Clínicos, y la Salud Familiar y Comunitaria. El plan de estudios contempla 81 créditos en dos años; el último incluye investigación. No se hace referencia a rotaciones específicas por las cuatro especialidades básicas de ginecología, medicina interna, pediatría y cirugía (Universidad de Zulia, 2008). En un documento interno de 2011 se propone modificar su currículo a un programa por competencias, distribuido en 18 créditos por semestre para un total de 72 créditos (Ledesma, 2011).

La Universidad de Oriente también hace énfasis en la formación de un médico de primer nivel con una sólida formación científico-humanística, dirigida a optimizar las redes de atención en salud con equipos de trabajo que realicen educación sanitaria, prevención de grupos poblacionales, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado. En su plan de estudios incluye medicina familiar, medicina comunitaria y ciencias de la conducta, que abarca los cuatro semestres, investigación, cirugía, ginecología, medicina interna, pediatría y salud pública. Consta de 55 créditos académicos que se cursan en los cuatro semestres (Universidad de Oriente, 2014).

Para el ingreso a cualquiera de estos tres programas, se requiere ser médico cirujano egresado de una universidad venezolana o haber revalidado en una universidad nacional el título obtenido en otro país y haber cumplido con el Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina. Según este artículo, para ejercer la profesión en Venezuela, se debe haber des-

empeñado el cargo de médico rural durante un año o haber realizado el internado rotatorio de posgrado durante dos años con un mínimo de seis meses, con una pasantía de como mínimo seis meses en el área rural (Ley del Ejercicio de la Medicina, 1982).

A pesar de esta diferencia en la estructura de los programas, en su discurso de 2006 en la XVII Reunión de Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal, desarrollada en Bogotá, el doctor Antonio Clemente Heimerdinger describió el perfil del médico familiar egresado de los once programas con base en la experiencia de dos programas de Caracas: el de la Alcaldía Metropolitana con la coordinación de la Unidad Docente de Medicina Familiar San Agustín del Sur y el posgrado de Medicina Familiar del Centro de Caricuao del IVSS. Heimerdinger (2007) mencionó las siguientes características del médico familiar venezolano: aborda, con un enfoque biopsicosocial, el cuidado del individuo, la familia y la comunidad; trabaja en equipo con responsabilidad compartida, conciencia social e institucional; presenta alta resolutividad en el primer nivel de atención con un enfoque de atención integral; hace la referencia oportuna sin perder la responsabilidad en el seguimiento del paciente; maneja adecuadamente los recursos; planifica, desarrolla, supervisa y evalúa la ejecución de sus planes de acción; desarrolla actividades de investigación que requiera su comunidad; gerencia los servicios de salud planificando, ejecutando y evaluando la oferta y demanda de la comunidad atendida; maneja con destreza los instrumentos de evaluación establecidos para las familias y para el sistema médico familiar; actúa como orientador familiar hacia el mejoramiento sanitario del sector y promueve los hábitos de higiene individual y familiar (Heimerdinger, 2007).

Según Dacosta y Perozo (2014), en junio de 2012 había siete programas en funcionamiento. Sus características principales se resumen en la Tabla 3.7.

Tabla 3.7. Programas de medicina familiar en funcionamiento en junio de 2012

Universidad	Venezuela	Años de duración	Beca
Universidad de los Andes	ULA	3	MPPS
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Valencia	IVSS Valencia	3	IVSS
Universidad del Zulia	LUZ	2	MPPS
Universidad de Oriente	UDO Bolívar	2	MPPS
Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda	UNEFM	3	No
Universidad Regional Experimental de los Llanos Centrales	UNERG	3	MPPS
Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado	UCLA	3	IVSS

MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud
IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
Fuente: Dacosta y Perozo, 2014.

En Venezuela se puede obtener el título como especialista en medicina familiar cursando alguno de los programas formales que lo otorgan o mediante certificación. Según la página oficial de la Sovemefa, esta comprende tres pasos: registro de especialistas, certificación de excelencia y recertificación basada en un proceso de evaluación. El sistema de evaluación integral contempla cuatro módulos: Salud del adulto 1, Salud del adulto 2, Niñez y adolescencia y Salud de la mujer y salud reproductiva (Sovemefa, 2014a). Esto implica que se requieren conocimientos de todos los grupos de edad para obtener la certificación.

Medicina Integral Comunitaria

Este programa de pregrado de seis años surge en 2004 y se desarrolla en seis universidades: Universidad Bolivariana, Universidad Experimental Francisco de Miranda, Universidad Experimental Rómulo Gallegos, Universidad Experimental Rafael María Baralt, Universidad Experimental Ezequiel Zamora y Universidad Experimental de las Fuerzas Armadas (Radames y Salas, 2008).

En 2005, el Ministerio de Educación Superior hizo la primera convocatoria en medios de comunicación; se presentaron más de 35 000 aspirantes. Instituciones locales, estatales y nacionales revisaron las solicitudes para definir la motivación. Luego, la Misión Sucre (programa de educación superior) y médicos cubanos entrevistaron a los más opcionados. Se admitieron 24 000 estudiantes al curso premédico, de cuatro meses de duración. Cerca de 16 000 aspirantes lo completaron de manera satisfactoria y empezaron su formación como médicos. Se les otorgó una beca mensual de 200 000 bolívares (salario mínimo mensual, que en el 2006 alcanzaba los 465 000 bolívares) (Radames y Salas, 2008).

El currículo de Medicina Integral Comunitaria se basa en el programa desarrollado en Cuba en los años de 1980 con un fundamento social y biopsicosocial. Se tuvo en cuenta la identificación de 205 problemas de salud prevalentes para obtener las competencias requeridas por los médicos comunitarios con los recursos disponibles (Radames y Salas, 2008). Sus asignaturas cuentan con un enfoque inter y transdisciplinario, integrativo, con ciencias básicas como anatomía humana, histología normal, embriología, fisiología normal y patológica, biología molecular y celular, genética e inmunología (morfofisiología I, II y III en el primer año y IV en el segundo). El programa tiene una aproximación transdisciplinaria de las ciencias básicas relacionadas con la práctica clínica: laboratorio clínico, imagenología, parasitología, microbiología, patología anatómica, genética e inmunología, así como los principales procesos patológicos, inmunológi-

cos, hemodinámicos, genéticos y neoplásicos. La cátedra de Salud comunitaria y medicina tiene continuidad desde el primer año hasta el quinto. A partir del tercer año y hasta el internado, la práctica se estructura en dos áreas amplias: atención del paciente ambulatorio en el área de salud integral comunitaria y atención del paciente hospitalizado.

Esta formación de médicos integrales comunitarios en Venezuela se encuentra activa en 24 estados del país. En 2008 se reportaba una tasa de deserción de 26 % del número inscrito en sus inicios, que corresponde aproximadamente a 4180 personas, debido al bajo rendimiento académico (Radames y Salas, 2008). En la literatura revisada no se encuentra información acerca de la persistencia o cambio en esa tasa de deserción.

Medicina General Integral

Este posgrado, creado en 2004, tiene tres años de duración y cuenta con docentes provenientes de Cuba (Roo, 2011). La primera cohorte, en 2007, la conformaron 1013 especialistas egresados en diferentes estados de Venezuela, principalmente Zulia, Carabobo y Aragua (Gobierno Bolivariano de Venezuela, 2013). En 2010 la Gaceta Oficial n.o 39 568 de la República Bolivariana de Venezuela le dio el reconocimiento como especialidad universitaria (Delgado, 2010).

De acuerdo con la página del Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón, el objetivo del programa es formar un médico con

> […] capacidad para responder a las necesidades de promoción, prevención, anticipación, restitución y rehabilitación de la Salud de la población bajo su responsabilidad, con una concepción integral y multidisciplinaria de los problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad, grupos organizados y el medio ambiente, en el primer nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2014).

Los dos primeros años se desarrollan en centros de Barrio Adentro (véase sección Experiencia significativa Misión Barrio Adentro (MBA), pág. 505) y el último en hospitales (Roo, 2011). El médico general integral en formación atiende consultas cuatro horas diarias en la mañana o en la tarde, y realiza visitas domiciliarias en el terreno comunitario y guardias nocturnas. Estas se realizan fundamentalmente en los Centros de Diagnóstico Integral y en instituciones hospitalarias según la necesidad (Delgado, 2010).

De acuerdo con el doctor Jaime Montalván Cabrera, médico gineco-obstetra cubano, el médico general integral venezolano tiene un perfil más preventivo que curativo y formación en tres ámbitos: ético moral, profesional y ocupacional. Afirma que sus competencias son:

- Planificar programas de atención de salud.
- Promover y prevenir.
- Diagnosticar.
- Tratar.
- Tener conocimientos de Comunicación y Didáctica.
- Investigar (Montalván, 2010).

Reacciones ante los nuevos programas

Como se mencionó en la sección Características de los programas académicos, pág. 491 con el surgimiento de la Misión Barrio Adentro, en 2004 se crearon dos nuevos programas que llegaron a compartir el campo con el posgrado tradicional en Medicina Familiar. Esta coexistencia ha generado críticas al programa de Medicina Integral Comunitaria y una polémica entre el posgrado en Medicina General Integral y los programas de posgrado tradicionales en Medicina Familiar. Al respecto, Alcántara (2012) cataloga de maniquea la división que han intentado hacer entre médicos mercantilistas burgueses egresados de las universidades autónomas (médicos generales tradicionales y médicos familiares) y otros luchadores sociales,

revolucionarios egresados de la Misión Sucre (médicos integrales comunitarios y médicos generales integrales).

Cuestionamientos al programa de Medicina Integral Comunitaria

Los críticos de este programa hacen notar que existe una diferencia entre los médicos formados en medicina integral comunitaria y los egresados de las instituciones universitarias tradicionales. Mencionan que los primeros tienen una limitación importante al ser educados fundamentalmente en centros de primer nivel, que no cuentan con una infraestructura adecuada, y con muy pocas rotaciones en centros universitarios. Afirman que estos médicos no poseen capacidades para la atención de salud en segundo y tercer nivel. Sin embargo, no se puede asegurar que una vez obtengan el título no van a ejercer en estos hospitales (Academia Nacional de Medicina, 2012). De hecho, de acuerdo con la doctora María Cristina Dacosta (2014, comunicación personal), presidenta del Capítulo Caracas Sovemefa, a pesar de su objetivo inicial, están siendo derivados hacia instituciones del tercer nivel de atención.

El Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria reconoce las dificultades del programa: los docentes no lograron integrar en su totalidad la temática de las asignaturas, el proceso de selección de los estudiantes no es uniforme y el premédico no es lo suficientemente exigente, no se concretaron las oportunidades de aprendizaje comunitario basadas en el servicio, ni se emplearon completamente los equipos diagnósticos en "las Instituciones del Área de Salud Integral Comunitaria".

El Programa menciona también los retos por superar: evitar la deserción en una población de estudiantes que principalmente incluye alumnos de comunidades marginadas con bajos ingresos; asegurar que los docentes, especialistas en medicina familiar, comprendan y puedan comunicar los nuevos conceptos; el desarrollo disparejo en diferentes lugares y la estruc-

tura cambiante del programa Barrio Adentro derivados de su expansión y su articulación con el sistema de salud; el aumento en la demanda por parte de los pacientes y las comunidades (Radames y Salas, 2008).

Medicina familiar frente a medicina general integral

En Venezuela existe una polémica entre el médico familiar formado en las universidades públicas y el médico general integral que nació de la Misión Barrio Adentro (véanse secciones Programas de posgrado tradicionales en Medicina Familiar y Medicina General Integral, págs. 491 y 496). Esta situación se evidencia en la distribución de recursos: la experiencia de Barrio Adentro con el programa en Medicina General Integral ha contado con apoyo estatal y una gran inversión económica que ha permitido el desarrollo de centros de APS de puerta de entrada. Se trata de los consultorios populares y los centros diagnósticos integrales, que se articulan con los centros de rehabilitación de alta tecnología y los especializados, entre otros. Ante esto, los médicos familiares tradicionales han tenido que trasladarse a la práctica privada y asumir la sensación de haber sido desplazados (Mejía *et ál*., 2007). Además, han hecho notar que el médico general integral fue admitido con mínimos requisitos de ingreso, garantía de becas y seguridad de estabilidad laboral, mientras que la medicina familiar no recibió apoyo gubernamental, lo cual consideran discriminatorio (Mejía *et ál*., 2007).

Existe una visión diferencial entre médicos familiares de los programas de universidades autónomas y los formadores de médicos generales integrales en torno a si los programas tienen o no coincidencias. Para el primer grupo, estos difieren en los esquemas de formación y las plazas donde se ubican sus egresados (Ledesma y Flores, 2008; Mejía *et ál*., 2007). Para el segundo, en voz de Adolfo Delgado, presidente de la Sociedad Bolivariana de Residentes de Medicina General Integral, se trata de dos formaciones similares:

> Es de hacer notar que, a pesar de tener raíces históricas diferentes y en el ejercicio práctico, tener algunas variantes de corte ideológico, conceptual y académicas, podemos concluir que Medicina General Integral y Medicina Familiar, ambas especialidades ejercen la Medicina Familiar con reconocimiento académico y universitario (Delgado, 2010)

De acuerdo con el desarrollo de la presente investigación, se puede afirmar que el esquema curricular del programa en Medicina General Integral tiene similitud con el de Medicina Familiar, aunque este no es fácilmente ubicable en la bibliografía, como ya se anotó. Sin embargo, la práctica de la medicina familiar, al tener un menor apoyo estatal y una menor integración a los proyectos comunitarios estatales, tendría una menor proyección comunitaria, mientras los médicos generales integrales no han podido tener la experiencia de formación en los hospitales universitarios. Da la impresión de que los centros de práctica del médico general integral están en proceso de desarrollo, aunque no se identifican experiencias específicas de las actividades que realizan en estos centros docentes. La evaluación que hace la Academia Nacional de Medicina venezolana al programa de Medicina Integral Comunitaria no incluye al programa del Medicina General Integral. Con esto deja la incógnita acerca del desempeño de este especialista que comparte docentes y sitios de práctica con el médico integral comunitario dentro de la Misión Barrio Adentro. Para diferentes miembros de Sovemefa que participan en las cumbres y congresos de la Cimf la formación de médicos generales integrales en Venezuela tiene problemas de calidad.

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

El lugar de actuación de los médicos familiares venezolanos es fundamentalmente la atención primaria en salud. En 2008 se requería un médico de familia por cada 250 familias, es decir, 10 000 médicos familiares para cubrir las necesidades del primer nivel de salud (Ledesma y Flores, 2008). Aunque el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS) son los encargados de su contratación, desde 1996 no se han creado más cargos para esta especialidad en los centros de salud públicos (Bonvecchio *et ál*., 2011). Además, con los cambios de 2007 en las políticas de salud, los médicos familiares comienzan a competir con los egresados de Medicina General Integral. Esto parece haber incidido para que la oferta de trabajo migrara al sector privado (Heimerdinger, 2007).

La doctora Roo (2011) presentó una experiencia del médico familiar en dicho sector en la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en 2011 en Asunción (Paraguay). Según ella, gracias al amplio perfil competitivo de la especialidad, los médicos de familia del Centro Integral de la Familia desarrollaron el Modelo Médico Familiar, que se caracteriza por estar centrado en el paciente y lograr una alianza entre redes ambulatorias y hospitalarias.

De acuerdo con Roo (2011), los médicos familiares proporcionan cuidados continuos e integrales del individuo, su familia y su comunidad; atienden todas las edades, sexos, dolencias o enfermedades; realizan visitas comunitarias y domiciliarias; ofrecen cuidados en el hogar e intrahospitalario; además, organizan actividades en salud y educación comunitaria, consejería o terapia individual, familiar, grupal, de pareja. Estos profesionales hacen particular énfasis en la medicina humanística, la relación

médico-paciente-familia, los aspectos educativos, preventivos clínicos, la medicina integrada y la medicina costo-efectiva, con un verdadero motivo: "la búsqueda del bienestar de cada individuo" (Roo, 2011).

Los médicos familiares recurren de manera integral a las ciencias biomédicas, conductuales y sociales que los facultan para resolver entre 90 % y 95 % de los problemas de salud; sin embargo, según Roo (2011), en la experiencia concreta la resolutividad ambulatoria es de 85 %. Otras áreas en las que se desempeñan son Urgencias, Sanidad Laboral, Administración de Salud y Gestión Sanitaria. Según Mejía y colegas (2007) y Ledesma y Flores (2008), otro de los ámbitos de desempeño es la docencia en las universidades públicas.

La información acerca del número de médicos familiares en Venezuela no es consistente. De acuerdo con Mejía y colegas (2007), en el 2007 estaban registrados 1700 especialistas en medicina familiar con acreditación académica. Por su parte, Ledesma y Flores (2008) informan que en el 2008 existían 1600 médicos familiares, 268 de ellos por proceso de certificación. En el año 2011, en la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Asunción (Paraguay), se reportó el mismo número de médicos familiares: 1700 (Fernández, Arias, Brandt, Irigoyen y Roo, 2011). Estas cifras no incluyen a los médicos generales integrales, y a 2014 no hay una cifra exacta de médicos familiares en Venezuela.

Por su parte, el médico general integral labora esencialmente en la Misión Barrio Adentro. Sus principales lugares de trabajo son los Consultorios Populares y los Centros de Diagnóstico Integral. Según Terán y González (2008), basadas en las entrevistas que realizaron a médicos generales integrales, sus actividades habituales son: abordar al individuo, la familia y la comunidad; elaborar la historia médica familiar del paciente, y realizar la dispensarización respectiva. Esto se refiere a evaluar a las personas atendidas y clasificarlas por el riesgo para planear los recursos necesarios. Adicionalmente realizan un alto volumen de consulta "curativa" de acuerdo con las necesidades de los pacientes y un trabajo de educación a

diversos grupos comunitarios en los diferentes espacios sociales. También es posible inferir que desarrollan labores de docencia.

Aporte del médico familiar y del médico general integral a la atención primaria en salud

La formación tanto de médicos familiares como de los otros especialistas en esta disciplina contempla todos los principios que los convierten en un recurso humano idóneo para implementar la APS y aumentar la capacidad resolutiva en la puerta de entrada que esta requiere. Sin embargo, no han encontrado en una organización apropiada para desarrollar todas las potencialidades para las que han sido formados.

En los congresos internacionales promovidos por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, a partir de 2005 se describen experiencias exitosas de la medicina familiar venezolana que resaltan la integralidad, la capacidad resolutiva, el abordaje biopsicosocial de esta especialidad y el impacto que tiene el modelo clínico centrado en la persona (Heimerdinger, 2007; Roo, 2011). Es importante señalar que el programa en Medicina General Integral comparte la gran mayoría de estas características (Delgado, 2010; Fernández *et ál*., 2011; Terán y González, 2008).

Entre los resultados positivos de la medicina familiar en Venezuela la doctora Roo (2011) menciona menos remisiones, menor número de consultas de urgencias y de hospitales, lo cual permite hacer un uso más racional y eficaz de los recursos. Por ejemplo, los servicios de hospitalización, cirugía y maternidad se utilizan en un promedio mensual de 0,9 %. Un caso representativo lo constituye la atención por cefalea tensional o migraña que requiera todos los servicios con el enfoque integral biopsicosocial del Modelo Médico Familiar. La atención puede tener un costo final de 86 bolívares en comparación con 1114 bolívares necesarios en el sistema tradicional (Roo, 2011). Además, un estudio realizado en Maracaibo y

Zulia acerca de la satisfacción de los pacientes con los médicos familiares dentro de un modelo clínico centrado en el paciente, identificó que estos profesionales poseen fortalezas en cuanto a la atención primaria en salud orientada al paciente y la comunidad, por lo cual brindan atención más eficaz y eficiente a las necesidades identificadas desde la primera intervención (Aguilar, 2004).

Por su parte, los médicos generales integrales se forman en los consultorios populares y realizan tanto visitas domiciliarias como actividades educativas con la comunidad y de dispensarización; sin embargo, no se encuentran resultados específicos que estén descritos en artículos de investigación que evalúen sus resultados.

Misión Barrio Adentro (MBA)

Misión Barrio Adentro se basa en la atención primaria de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población y mejorar su calidad de vida. Surgió en 2003 cuando el entonces presidente Hugo Chávez Frías firmó el primer Acuerdo de Cooperación Técnica con Cuba. Esta experiencia busca dar respuesta a los problemas existentes en materia de acceso, cobertura y atención en salud y está dirigida a la población marginada.

Inicialmente el programa se desarrolló en tres modalidades:

- Barrio Adentro I actúa como una puerta de entrada de la población al sistema de salud; se basa en la promoción y prevención, aportando diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos.
- Barrio Adentro II suministra la atención en especialidades básicas como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, medicina interna, laboratorio básico, rayos X y urgencias en clínicas del Estado, sin que cuente con servicio de hospitalización.
- Barrio Adentro III ofrece la atención a servicios de salud a través de hospitales especializados o universitarios, así como también a través de los centros nacionales especializados, como el Centro Nacional de Oncología y el Centro Nacional de VIH/sida (Alcántara, 2012).

En el año 2006 el programa se subdividió en cuatro ejes fundamentales:

- Barrio Adentro I: consultorios populares.
- Barrio Adentro II: centros de diagnóstico, salas de rehabilitación y centros de alta tecnología.
- Barrio Adentro III: modernización y actualización tecnológica de hospitales.
- Barrio Adentro IV: hospitales especializados.

En 2006 la OPS reconoció a esta experiencia un aumento en cobertura a poblaciones marginales. Se menciona que entre 2004 y 2005 se realizaron 150 455 332 consultas, 60 % de ellas en los puestos de atención (91 591 986). Radames y Salas (2008) indican que en 2008 la infraestructura del programa incluía 6531 clínicas Barrio Adentro, 420 centros de diagnóstico médico integral y 14 000 médicos (la mayoría de especialistas en APS), 2900 dentistas, 2500 enfermeras,

1658 auxiliares de enfermería y otros profesionales, inicialmente todos provenientes de Cuba.

Westhoff, Rodríguez, Cousins y McDermott (2010) aseguran que con la implementación de Barrio Adentro se salvaron 16 400 vidas, se atendieron 800 partos, y se aplicaron 161 800 vacunas; también mencionan un número importante de atenciones médicas a problemas prevalentes en salud, y la administración de toneladas de medicamentos. La inversión desde el inicio hasta 2008 se calcula en 9400 millones de dólares. Se destaca que esta experiencia aplica principios de la APS, como la equidad, el acceso universal, la participación comunitaria, la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario.

Sin embargo, existen posturas críticas que analizan con recelo la experiencia de la Misión Barrio Adentro. Por ejemplo, Díaz y Borges (2010) afirman que este programa ha generado la desinstitucionalización y desprofesionalización del sector salud. Además, según ellos, a pesar de la inversión que se ha hecho, no se han tenido los resultados esperados en indicadores clave como la mortalidad materna. Otro ejemplo que citan es la cobertura en vacunación: la inversión en el Plan de Reimpulso al Programa Ampliado de Inmunizaciones solo logró una cobertura efectiva de 8 %. Aseguran que este es un esquema supletorio de los servicios públicos preexistentes que, al funcionar de manera paralela, ha contribuido a la fragmentación y ha evidenciado el debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud, que depende de decisiones políticas influenciadas por gobiernos extranjeros. Aseveran también que los datos epidemiológicos estatales son insuficientes y generan desconfianza por estar politizados. Por ejemplo, citan que la cifra oficial de vacunación está inflada a un 76 % cuando en realidad es de 69 %.

El abogado y politólogo Gustavo Alcántara (2012), en su artículo acerca de las debilidades institucionales de la Misión Barrio Adentro entre 2003 y 2009, coincide con Bonvecchio y colegas (2011) en cuanto a asignar a la Misión Barrio Adentro la responsabilidad por la fragmentación de los servicios de salud en Venezuela: la población se segmenta por clientelas y se favorece la concentración de recursos en unos grupos. La Misión entró a competir, como un sistema paralelo, por la población que tiene trabajo informal o está desempleada y sus familias, quienes estaban cubiertos por la red pública a través del MS (véase sección Estructura pág. 485).

Este politólogo cuestiona también la cobertura real del programa. Según afirma la "tradición del asistencialismo" hace que entre 60 % y 70 % de la población siga consultando la red pública tra-

dicional y solo 17 % opte por la red de Barrio Adentro. Adicionalmente menciona que entre 2000 y 2004, el porcentaje del PIB destinado al gasto privado se incrementó de 2,0 % a 2,7 %, mientras que el gasto público en salud disminuyó de 2,7 % a 2,0 %. Las clínicas privadas que atendían a 5,0 % de la población pasaron a 30,0 % de la población en 2007 y el gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud era de un 88,6 % (Alcántara, 2012).

Según Alcántara (2012), algunos problemas del programa son el deterioro de la red pública y la falta de respuesta a las demandas de la comunidad y de rendición de cuentas, así como la dificultad para hacer el seguimiento debido y asegurar la transparencia en la distribución de recursos, debido a la multiplicidad de fuentes de financiación. Menciona que una debilidad relevante es que la MBA fue implementada sin el consenso de grupos de interés como la Federación Médica Venezolana: la importación de médicos extranjeros que actuarían en lugares adonde ningún médico venezolano llegaría se vivió como una amenaza que generó un largo debate jurídico sobre la constitucionalidad del ejercicio de médicos extranjeros en Venezuela. Finalmente, el autor concluye que, para lograr el desarrollo institucional que se propone, la Misión debe adecuarse a las situaciones sociohistóricas y culturales del país e incluir procesos de negociación entre grupos antagónicos y destaca el propósito de implementar los valores de la APS y de tomar en cuenta los determinantes sociales en el proceso de salud-enfermedad.

Síntesis

Como en casi toda Latinoamérica, las reformas en el sector salud venezolano han sido necesarias para poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población. La experiencia de la atención primaria en salud (APS) dentro del sistema se desarrolla entre 1999 y 2003 bajo el Modelo de Atención Integral, cuyos resultados no dejan conforme al gobierno. Por esta razón, en 2003 el gobierno de Hugo Chávez implementa de manera paralela al sistema tradicional el Programa Integral de Prestación de Atención Primaria en Salud Misión Barrio Adentro (inspirado en el modelo de salud cubano), dirigido a atender a la población pobre y excluida. Las reformas que esto genera ponen de manifiesto que la idea del gobierno en la última década es basar su sistema de salud en la APS.

Es importante resaltar la necesidad de un médico especialista en APS como actor principal en este plan. Sin embargo, la implementación de la Misión Barrio Adentro en coherencia con la necesidad de un recurso humano adecuado para desarrollar el modelo dio origen a dos programas paralelos a los ya tradicionales que formaban médicos generales en pregrado y médicos familiares en posgrado: Medicina General Integral (posgrado) y Medicina Integral Comunitaria (pregrado).

La división entre médico familiar y médico general integral ha generado controversia respecto a los esquemas de formación y logro de competencias y calidad, lo cual evidencia posturas opuestas e información confusa. A esto se suman los cuestionamientos a los médicos integrales comunitarios que señalan deficiencias en su formación. Esta situación desvía la información sobre el rol de esta especialidad y el impacto que puede tener en el sistema público venezolano. Sin embargo, es evidente que estas dos especialidades comparten los principios de formación promovidos por la Wonca para el médico familiar; de hecho, esta asociación considera que se trata de denominaciones sinónimas. También faltan evaluaciones diri-

gidas a establecer la calidad del médico general integral en Venezuela que permitan compararlo con el médico familiar de ese país.

Independientemente del programa, es claro que Venezuela ha tomado la decisión política de fomentar una especialización en lo general y que tiene experiencias exitosas que respaldan esta decisión. Desfortunadamente las condiciones para generar una organización adecuada para el ejercicio de la APS llevaron a una división en el ejercicio del médico especialista en la APS, lo cual genera unas condiciones diferentes para el médico general integral y otras para el médico familiar.

Bibliografía

Academia Nacional de Medicina. (2012). Reflexiones y propuestas para la educación universitaria. Recuperado de http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2014/Publicaciones/Reflexione_Educacion_Universitaria.pdf

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ve.html

Aguilar, A. (2004). Aplicación del modelo clínico centrado en el paciente y satisfacción del paciente. *Médico de Familia*, *12*(2).

Asamblea Nacional Constituyente de Venezuela. (1999). Recuperado de http://es.wikipedia.org/wiki/Asamblea_Nacional_Constituyente_de_Venezuela_de_1999

Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo, A. y Landaeta Jiménez, M. (2011). Sistema de salud en Venezuela. *Salud Pública de México*, *53*(2), S275-S286. Recuperado de http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5048/10031

Dacosta, M. C. y Perozo, J. C. (2014). Informe de la comisión de docencia SOVEMEFA Caracas. Documento presentado en la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Quito.

Delgado, A. (2010). La medicina general integral en Venezuela. Recuperado de https://www.aporrea.org/actualidad/a132468.html

Febres, C. E. y Balliache, D. (2012). Gestión pública intersubjetiva: El Modelo de Atención Integral (MAI). Recuperado de https://gestionpublicaintersubjetiva.blogspot.com/2012/07/el-modelo-de-atencion-integral-mai_6332.html

Fernández, M. A., Arias, L., Brandt, C., Irigoyen, A. y Roo, J. (2011). Hacia el fortalecimiento de la medicina familiar y la atención primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Fa-

miliar. Asunción, Paraguay. *Archivos en Medicina Familiar*, *14*(4), pp. 93-112. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/articulo_med_fam_par_2011.pdf

Gobierno Bolivariano de Venezuela. (2013). Misión Barrio Adentro: 10 años construyendo la revolución en salud. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=3229&Itemid=18

Heimerdinger, A. C. (2007). Atención primaria de salud. Medicina familiar. *Caracas: Editorial Ateproca, III*, pp. 313-372.

Ledesma, F. M. y Flores, O. (2008). Medicina familiar: La auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gac Méd Caracas 2008*, *116*(4), pp. 330-340. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000400009

Ledesma, F. (2011). P*ropuesta curricular por competencias*. *Medicina familiar* (documento de circulación interna). Universidad de Zulia.

Ley del Ejercicio de la Medicina. (1982). Capítulo II: del ejercicio de la profesión. Recuperado de http://fisica.ciens.ucv.ve/postfismed/normas/leymedicina.html#cap2

Mejía, M. A., Quintero, O. M., D'Avila, M. C. y Silva, C. C. (2007). La medicina familiar en América Latina. Situación actual de la medicina familiar en Venezuela. *Medicina de Familia*. *39*(9).

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). Medicina general integral. Recuperado de hhttp://201.249.62.222/index.php/postgrados/medicina-general-integral?widthstyle=w-fluid

Montalván, J. (2010). Formación de especialista en medicina general integral en Venezuela. Misión Barrio Adentro. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol2 %281 %29/comunjaime.html

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Venezuela: OPS Venezuela. Recuperado de https://xdoc.mx/documents/barrio-adentro-derecho-a-la-salud-e-inclusion-social-en-venezuela-5c5c90bdccd91

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

Radames, E. y Salas, R. S. (2008). Programa nacional de formación en medicina integral comunitaria, Venezuela. *Medicina Social en la Práctica: Estudios de Casos de Activismo en Salud*, *3*(4). Recuperado de http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/261/535

Roo, J. (2011). El modelo médico familiar en la práctica de la medicina privada. IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.

Sociedad Venezolana de Medicina Familiar [Sovemefa]. (2014a). Comisión de certificación y recertificación (Cocerec). Recuperado de https://slideplayer.es/slide/441487

____. (2014b). Historia. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.sovemefa.com/p_sovemefa_historia.php

Terán, I. y González, M. C. (2008). El saber y la práctica médica desde el discurso de los residentes del postgrado de medicina general integral de dos municipios del estado de Aragua. *Comunidad y Salud*, *6*.

Universidad de Oriente. (2014). Postgrado en medicina familiar especialización. Recuperado de http://www.udo.edu.ve/index.php/estudiantes/actos-de-grado-2014?id=107

Universidad de Zulia. (2008). División de estudios para graduados de la Facultad de Medicina. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.posgrado.luz.edu.ve/images/stories/posgrados/posgrado_luz_medicina.pdf

Universidad Nacional Experimental de Táchira (2014). Especialización en Medicina Familiar. Recuperado de http://postgrado.unet.edu.ve/documentosp/mfamiliar.pdf

Westhoff, W. W., Rodríguez, R., Cousins, C. y McDermott, R. J. (2010). Cuban healthcare providers in Venezuela: A case study. *Public Health*, *124*(9), 524. doi:10.1016/j.puhe.2010.05.008

Lista de tablas

Tabla 3.6. Indicadores demográficos y de salud de Venezuela (2001-2015) 484
Tabla 3.7. Programas de medicina familiar en funcionamiento en junio de 2012..494

Lista de siglas

Ipasme: Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación
IPSFA: Instituto de Previsión Social de la Fuerzas Armadas
IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
MBA: Misión Barrio Adentro
MS: Ministerio del Poder Popular para la Salud
PDVSA: Petróleos de Venezuela
Sovemefa: Sociedad Venezolana de Medicina Familiar

Conclusiones sección 3

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Cuando se comparan los *indicadores generales en salud* de este grupo de países, se encuentra que Argentina cuenta con una mayor población, que es aproximadamente 13 veces la de Uruguay, 2,3 veces la chilena y 1,5 veces la venezolana. Los países con una mayor cobertura en aseguramiento son Chile y Uruguay, los dos por arriba del 90 %, mientras, que Argentina y Venezuela están alrededor del 65 % (véase Tabla 3.8).

Las tasas de mortalidad infantil son menores en Chile y Uruguay, comparadas con Argentina y Venezuela. La mortalidad materna es 3,5 veces mayor en Argentina que en Uruguay y la de Venezuela es 6,3 veces mayor que la de Uruguay (véase Tabla 3.8).

Tabla 3.8. Comparación de algunos indicadores en salud de Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela (2010-2015)

Indicador	Argentina	Chile	Uruguay	Venezuela
Población total (miles)	43 024 374 (2014 est.)[a]	18 006 407 (2014 est.)[a]	3 332 972 (2014 est.)[a]	28 868 486 (2014 est.)[b]
Población cubierta por la seguridad social (%)	63 (2010)[c]	94 (2010)[d]	95 (2011)[e]	65 (2011)[f]
Expectativa de vida (años)	76,3 (2015)[b]	80,5 (2015)[b]	77,0 (2015)[b]	74,1 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	11,1 [9,9-12,5] (2015)[b]	7,0 [5,7-8,6] (2015)[b]	8,7 [7,8-9,7] (2015)[b]	12,9 [10,1-16,4] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	52 [44-63] (2015)[b]	22 [18-26] (2015)[b]	15 [11-19] (2015)[b]	95 [77-124] (2015)[b]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	16,88 (2014 est.)[a]	13,97 (2014 est.)[a]	13,18 (2014 est.)[a]	19,42 (2014 est.)[a]

Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	7,34 (2014 est.)[a]	5,93 (2014 est.)[a]	9,48 (2014 est.)[a]	5,27 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	3,859 (2013)[b]	1,02 (2009)[b]	3,64 (2008)[b]	1,939 (2001)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	0,481 (2004)[b]	0,14 (2009)[b]	5,65 (2008)[b]	1,131 (2001)[b]
Gasto total en salud como % del PIB	7,3 (2013)[b]	7,7 (2013)[b]	8,8 (2013)[b]	3,6 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	67,7 (2013)[b]	47,4 (2013)[b]	70,2 (2013)[b]	27,1 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	31,8 (2013)[b]	15,3 (2013)[b]	20,4 (2013)[b]	4,3 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	21,1 (2013)[b]	31,7 (2013)[b]	17,0 (2013)[b]	65,8 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	727 (2013)[b]	570 (2013)[b]	1004 (2013)[b]	141 (2013)[b]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras.

n.v.: nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[c] "Sistema de salud de Argentina" por M. Belló y V. Becerril-Montekio.

[d] "Sistema de salud de Chile" por V. Becerril-Montekio, J.D Reyes y M. Annick.

[e] "Sistema de salud de Uruguay" por D. Aran y H. Laca.

[f] "Sistema de salud en Venezuela" por A. Bonvecchio, V. Becerril-Montekio, A. Carriedo y M. Landaeta.

[e] Aran y Laca, 2011.

[f] Bonvecchio *et ál*., 2011.

El número de médicos por 1000 personas en Argentina y Uruguay casi triplica este indicador en Chile y casi lo duplican en Venezuela. El número de enfermeras por 1000 personas muestra valores muy disímiles entre los cuatro países: el indicador uruguayo es más alto 11 veces que el argentino, 40 veces que el chileno y 5 veces que el venezolano (véase Tabla 3.8).

El gasto total en salud como porcentaje del PIB es similar entre Argentina, Chile y Uruguay, que es alrededor del doble que en Venezuela. Este último país presenta un mayor gasto de bolsillo, seguido de Chile, Argentina y Uruguay. El gasto per cápita en dólares también muestra diferencias importantes: el mayor valor se reporta en Uruguay, que es superior 1,4 veces al de Argentina y 1,8 veces al chileno y 7 veces al venezolano (véase Tabla 3.8).

En este grupo de países predominan los sistemas mixtos de salud con participación pública y privada. En Argentina, tanto Ríos (2014) como Briner y Aloia (2012) definen su sistema de salud como segmentado y fraccionado. El país cuenta con diferentes tipos de aseguradores estatales, provinciales, aseguramiento de jubilados y un programa de Atención Médica Integral, cada uno con su esquema administrativo para la prestación de servicios. Adicionalmente, tiene un sistema estatal de salud que ofrece una cobertura universal, al que acuden quienes no tienen acceso al sistema de aseguramiento. En Chile, el aseguramiento es universal con participación de privados, con planes de beneficios adicionales de diferente magnitud según la capacidad de pago. En Uruguay, se ha logrado más un Sistema Nacional de Salud, integrando a los privados de diversas formas al sistema público. En Venezuela, Bonvecchio y colaboradores (2011) describen el interés en crear un sistema nacional de salud; sin embargo, lo que se ha generado es un sistema público paralelo destinado predominantemente a las comunidades más marginadas, denominado Misión Barrio Adentro (véase Tabla 3.9).

Tabla 3.9. Comparación de características de los sistemas de salud y organización para la prestación de servicios en Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela

Indicador	Argentina	Chiile	Uruguay	Venezuela
Tipo de sistema de salud	Esquema mixto. En el sector público, hay aseguramiento y asistencia pública.	Esquema universal de aseguramiento mixto, público y privado. Todos tienen un Plan de Acceso Universal de Garantías Explicitas para 80 enfermedades, denominado AUGE.	Sistema nacional de salud, denominado Sistema Integral Nacional de Salud (SINS)	Esquema mixto. En el sistema público, hay aseguramiento y asistencia pública. La propuesta de un Sistema Nacional de Salud no se ha concretado.
Relación entre Estado y prestadores privados	Existe servicio prepago y sociedades de prestadores particulares (mutuales) para quienes voluntariamente adquiere estos servicios.	Tienen un esquema de aseguramiento privado, con diferentes planes de beneficios a los que acceden personas con ingresos medianos y altos. Existen planes con diferentes costos.	Existe integración de la prestación pública y privada mediante coordinación y complementación.	Existen servicios de seguros privados o servicios particulares.
Descentralización administrativa	Desde 1994, se presenta autonomía municipal. Hay grandes diferencias en el desarrollo de los municipios, por lo que en la mayoría existe algún grado de administración provincial. Se cuenta con aseguradoras estatales nacionales y provinciales.	Inició en los años de 1980. Actualmente, la mayoría de los departamentos de salud dependen de los municipios, en cabeza de los alcaldes.	No se ha dado. Se plantea que es un reto a futuro.	Se realizó en los años de 1990 en 17 de los 23 estados. Contribuye a la fragmentación del sistema.

Adscripción territorial	Parcialmente.	Parcialmente.	No, aunque se da de forma espontánea	Parcialmente.
Conformación de equipos de APS en salud	Sí; aunque con diferentes grados de desarrollo, dependiendo de la capacidad económica y organizativa de provincias y municipios.	Sí, aunque no se describe una cobertura que se tenga con estos equipos. Se plantea que faltan incentivos para tener equipos de APS estables con una adscripción real y no formal de la población a los equipos de salud.	Están propuestos. Por dificultades en cuanto a recursos, no en todas las áreas tienen cobertura de los equipos completos.	Están descritos y tienen una variabilidad amplia de acuerdo a si es rural o urbano.
Resolutividad en el primer nivel	No está descrita.	No está descrita.	No está descrita.	Se describe una resolutividad de 85 % en una experiencia privada.
Médico familiar en la puerta de entrada	Está propuesto, pero tiene pocos avances.	Está propuesto, pero los avances son incipientes.	Está propuesto, pero los avances son incipientes.	Está propuesto. Avances como Misión Barrio Adentro han generado polémica.

Fuente: elaboración propia

Anderson y colaboradores (2016) catalogan a Uruguay como un sistema integrado con participación privada, a Argentina como segmentado con participación privada, a Venezuela como segmentado sin participación privada y a Chile como segmentado con participación privada. Sin embargo, según las fuentes consultadas, Venezuela podría clasificarse como segmentado con participación privada, aunque esta tienda a desaparecer.

En general, en estos cuatro países el acceso a prestación de servicios privados incluye beneficios adicionales o diferentes a los ofrecidos por el Estado. En Uruguay los privados prestan adicionalmente servicios contra-

tados por el Estado (véase Tabla 3.9). También, como norma general, la prestación privada no tiene una normatividad que le obligue a organizar los servicios dentro de los parámetros de equipos de salud e integración de redes de servicio.

En este grupo de países, el *proceso de descentralización* más exitoso se describe en Chile. En Argentina, este ha sido afectado por el grado de desarrollo municipal. Por su parte, en Venezuela se considera que la descentralización tortuosa contribuyó a la fragmentación del sistema, y es en el único país que se refiere a una recentralización (véase Tabla 3.9).

En los cuatro países la *adscripción poblacional* se propone solo para algunos sectores; por ejemplo, en Argentina solo existe en el sector público estatal (asistencia pública y en diferentes grados). No está definida como programa nacional. Está diferenciada por provincias que cuentan con diversos niveles de desarrollo. En Chile, está definida para equipos de salud y no debe ser mayor a 5000 personas. Los usuarios escogen a qué centro se adscriben y no pueden adscribirse a más de uno. Esto es más para el sector público (con diferentes grados de logro, no aplica para el sector cubierto por las Isapre) y no es claramente instituido como un indicador de logro, como sí lo es en Brasil, Costa Rica y Paraguay. En Uruguay no está institucionalizada. Se da de manera espontánea por elección de la misma población, sin que sea un propósito o indicador evaluable. En Venezuela, solo se presenta en el sector de asistencia pública, denominado Misión Barrio Adentro en sus diferentes etapas y no se cuenta con un indicador de áreas o municipios donde exista una adscripción definida. Se asignan de 250 a 350 familias (véase Tabla 3.9). Para Giovanella y colaboradores (2015), en tres de los países se presenta dicha adscripción, pero varía su implementación. En Argentina se da por provincias, en Chile por inscripción de las personas y en Venezuela por la dispensarización de Barrio Adentro.

Los cuatro países describen el propósito y la existencia de equipos de salud; sin embargo, estos no se han institucionalizado y se reportan problemas relacionados con la distribución de recursos o la dificultad de

vincular a ciertas zonas lejanas o rurales (Giovanella *et ál*., 2015). En este grupo, solo un país reportó una experiencia concreta de la capacidad resolutiva en la puerta de entrada: Venezuela. Se trata de una experiencia privada expuesta en el Congreso Iberoamericano realizado en Cuba en el 2012. Para los otros países, las fuentes consultadas no incluyen mediciones específicas al respecto (véase Tabla 3.9).

En los cuatro países se propone que el médico familiar se ubique en la puerta de entrada; sin embargo, Argentina, Chile y Uruguay no tienen el número suficiente ni las condiciones adecuadas e incentivos para que este especialista quiera laborar allí. Es de resaltar que las fuentes consultadas no reportan con exactitud el número de estos especialistas que laboran en dicho escenario. Una situación particular se describe en Venezuela, donde el programa de Medicina General Integral es paralelo a los programas tradicionales. Los médicos familiares venezolanos cuestionan que los cargos públicos (Misión Barrio Adentro) estén destinados a los médicos generales integrales y critican la calidad de formación que estos reciben. A pesar de que los países de este grupo reportan alguna experiencia exitosa con la participación de médicos familiares, no se ha tomado la decisión política para situar a este recurso humano en la puerta de entrada, y cuando se ha hecho, ha sido para desplazarlo, como ha sucedido en Venezuela.

Para este grupo de países, la cifra de médicos familiares no está actualizada y presenta diferencias según las fuentes consultadas. En Argentina, desde el 2003 se ha citado la cifra de 2500 médicos familiares y ninguna fuente ha actualizado el dato. La información más reciente sobre Chile se sitúa en 2013, con 629 médicos familiares, y Uruguay se detiene, en 2012, con 419. El caso venezolano no es diferente: se mantiene en 1700 médicos familiares desde 2007 (véase Tabla 3.10). Según datos de 2013, en Venezuela se reportaban 5000 médicos generales integrales formados o en formación (Tejerina, 2014).

Tabla 3.10. Número de médicos familiares y proporciones por habitantes en Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela

Indicador	Argentina	Chile	Uruguay	Venezuela
Número de habitantes	43 024 374 (2014 est.)[a]	18 006 407 (2015 est.)[a]	3 332 972 (2014 est.)[a]	28 868 486 (2014 est.)[a]
Número de médicos familiares	2500 (2003)[b]	629 (2013)[c]	419 (2012)[d]	1700 (2007)[e]
Número de habitantes atendidos por médico familiar*	17 210	28 627	7955	16 981
Número de médicos familiares en formación	s.d.	s.d.	100 (2012)	Variable
Años de duración de la especialidad	4	3	3	2 y 3
Número de médicos familiares esperado para la población (3.500 personas por médico familiar)	12 293	5145	952	8248
Número de médicos familiares esperado para la población (2.000 personas por médico familiar)	21 512	9003	1666	14 434

* n.° de habitantes / n.° de médicos familiares

s.d.: sin datos

[a] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

[b] "Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud" Por M.A. Fernández, L. Arias, C. Brand, A. Irigoyen y J. Roo.

[c] "Mapeo de la APS en Chile" por R. Vega y N. Acosta.

[d] "Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica" por G. Armiños, L. Vaca, L. Aguilera, V. Casado, G. Sánchez y S. Alvear.

[e] "La medicina familiar en América Latina. Situación actual de la medicina familiar en Venezuela", por M. A. Mejía, O. M. Quintero, M. C. D'Avila y C. C. Silva.

Respecto al número requerido de médicos familiares, si se considera la cifra de un médico familiar por cada 3500 habitantes y uno por cada 2000 habitantes, con el número de habitantes reseñado en la Tabla 3.10, el déficit de estos especialistas puede estar entre 10 000 y 19 000 para Argentina, entre 4500 y 8400 para Chile, entre 530 y 1250 para Uruguay y entre 459 y 1207 para Venezuela. Si en el caso de Venezuela se incluyeran los médicos generales integrales, el déficit estaría entre 1500 y 7700. Sin embargo, existe la preocupación por la calidad de la formación con estos esquemas masivos. Si en Uruguay se usa la cifra de 33 médicos familiares promedio por año, el país requeriría 33 años para contar con un médico familiar por cada 3500 personas y 50 años para tener uno por cada 2000 personas.

El proceso de formación en este grupo de países se ha dado lentamente y con altibajos; por ejemplo, en Chile el programa inició en 1981, pero las primeras cohortes encontraron dificultades para laborar en un medio centrado en la curación. Por tanto, se requirió relanzar el programa en 1990. En Uruguay, aunque desde 1963 existen experiencias en el ejercicio de una práctica médica integral, un hito destacado es la creación del cargo en 1987, acompañado de la capacitación de médicos generales en los centros asistenciales. El programa académico fue aceptado en el Programa Nacional de Residencias Médicas de la Universidad de la República en 1996, y reconocido como especialidad, en el 2002, por la Facultad de Medicina. Venezuela, por su parte, definió la necesidad del médico familiar como puerta de entrada en el sistema de salud en 1974, lo que generó experiencias de formación en ejercicio (capacitación de médicos en su lugar de trabajo) en los años subsiguientes. En 1982, comenzaron las residencias en varias universidades. En 1984, la Federación Médica Venezolana reconoció la especialidad.

En cuanto la unificación de los programas, Argentina realizó un primer esfuerzo en el 2008, sin que sean claros los avances en su implementación. En Chile, la Universidad Católica ofrece un programa que hace énfasis en el adulto y otro en el niño, y es la única experiencia con estas

características. Esta heterogeneidad también se manifiesta en la denominación de los programas: Medicina General Familiar y Medicina Familiar y Comunitaria. Venezuela cuenta con programas de dos y de tres años. Esto indica que no existe un programa unificado, situación reforzada por la existencia del programa de Medicina General Integral que inició en 2004, con características distintas a las especialidades tradicionales de Medicina Familiar. En Uruguay la Universidad de la República es la responsable de la formación de los médicos familiares uruguayos y, en el 2009, reformó el plan de estudios.

Los cuatro países coinciden en que ofrecen plazas remunerada, pero tienen diferentes esquemas de formación de médicos de atención primaria; por ejemplo, en Argentina la formación en medicina general se realiza por lo menos en un 50 % en centros ambulatorios (Armiños *et ál*., 2016) y la correspondiente a medicina familiar incluye además centros hospitalarios. Tanto en Argentina, como en Chile y Uruguay, se desarrollan capacitaciones con diferentes esquemas como cursos y diplomados, mientras en Venezuela se adelanta la formación masiva de médicos integrales comunitarios (pregrado) y médicos generales integrales (posgrado). Sin embargo, esta experiencia ha tenido problemas de planeación y no tuvo en cuenta la tradición académica en pregrado y posgrado. Además, los centros de salud no contaban con la infraestructura asistencial y docente, lo cual ha sido objeto de críticas. En Uruguay, existe un plan de desarrollo entre la universidad y los centros públicos para aumentar el número de unidades docentes asistenciales, que para el año 2013 eran 15, lo que hace ver una posible evolución rápida hacia el desarrollo del modelo, con mayor formación en la puerta de entrada.

Lo anterior indica que este grupo de países tiene experiencias de formación en la puerta de entrada. Sin embargo, no es claro por qué no se ha generalizado la formación de médicos familiares en Argentina y Chile. Una limitación puede ser que el modelo de equipos de APS, aunque existe,

no está establecido claramente como un propósito con indicadores específicos, lo que indica que no se ha tomado una decisión política al respecto.

Estos cuatro países cuentan con asociaciones de médicos familiares. En Argentina, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), fundada en 1998, cuenta con 16 sociedades miembro y se encarga de organizar actividades científicas y congresos anuales; en el 2016 realizó su décimo quinto congreso. Además, publica la revista Archivos de Medicina Familiar y General, indexada a Latindex. La agremiación en Chile se denomina Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, y fue fundada en 1991. Su órgano de difusión se denomina Revista Chilena de Medicina Familiar. En el 2016, organizó el XVIII Congreso Chileno de Medicina Familiar (SOCHIMEF, 2016).

En Uruguay, los médicos familiares están representados por la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria. Fue creada en el 2011. Su página web no reporta la existencia de un órgano de divulgación ni hace referencia a la organización de congresos anuales. En el año 2015 fue la sede del IV Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria (Sumefac, 2016). El órgano de difusión de la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (Sovemefa) es la Revista Médico de Familia. La Sociedad realiza un congreso anual que, en el 2016, llegó a su vigésima edición (Sovemefa, 2016). Aunque representa oficialmente al país en Wonca-CIMF, también existe la Sociedad Bolivariana de Medicina General Integral (SBVMGI). Las páginas web de estas sociedades no registran información acerca del número de asociados.

Los procesos de certificación, recertificación y acreditación presentan algunas diferencias entre los cuatro países. En Argentina, los tres son de carácter voluntario (FAMFyG, 2016; Vargas *et ál*., 2016) y están a cargo de la Federación para los programas en Medicina General y Medicina Familiar y General. Chile cuenta con dos procesos de certificación: vía de adiestramiento en prácticas o por reconocimiento de la Corporación Nacional de

Certificaciones Médicas (Conacem); no existe recertificación y el proceso de acreditación es obligatorio desde el 2015. En Uruguay, es necesario certificarse para obtener el título; no existe proceso de recertificación y la Escuela de Graduados de la Universidad de la República se encarga del proceso de acreditación. En Venezuela, la Sovemefa realiza los procesos de certificación y recertificación, que son voluntarios. La acreditación está a cargo del Consejo Nacional Consultivo de Posgrado, adscrito al Ministerio de Educación Universitaria, como un proceso voluntario (Vargas *et ál*., 2016). En Chile y Uruguay, se desarrollan cursos de capacitación dirigidos a médicos generales a fin de que ejerzan en la atención primaria.

En conjunto, en este tercer grupo de países se considera que el especialista en medicina familiar, también conocido como especialista en medicina general, médico general integral y especialista en medicina familiar y comunitaria, ha sido tenido en cuenta como un recurso importante para ser la puerta de entrada del sistema, para mejorar la resolutividad y tener un enfoque integral centrado en la persona. Sin embargo, la decisión política de generalizar las experiencias todavía no se da en Argentina; no es explicita en Chile, aunque existan documentos que lo consideran necesario; Uruguay ya cuenta con un plan direccionado a formar una buena proporción de médicos familiares, aunque los líderes de medicina familiar de ese país lo consideran todavía insuficiente. Por último, en Venezuela es clara la existencia de dos corrientes en la formación del médico familiar, derivadas de la confrontación política que existe en ese país, así como de las muchas críticas a la calidad de una formación masificada, lo cual genera preocupación en la región.

Bibliografía

Acosta, N. y Vega, R. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Perú*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[324].pdf

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). The World Factbook. Recuperado de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/rankorderguide.html

Anderson, M. I. P., Rojas, M. L., Taureaux, N. y Cuba, M. S. (2016). Cobertura universal en salud, atención primaria y medicina familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade, 11*(supl. 1), pp. 4-30. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1276

Aran, D. y Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México, 53*(2), p. 5274.

Armiños, G., Vaca, L., Aguilera, L., Casado, V., Sánchez, G. y Alvear, S. (2016). Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, *11*(supl. 1), pp. 47-60. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1278

Belló, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. Atlas de los sistemas de salud de América Latina. *Salud Pública de México*, *53*(2), pp. 96-108. Recuperado de http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf

Becerril-Montekio, V., Reyes, J. d. D. y Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública Mexicana*, *5*.

Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo Lutzenkirchen, A. y Landaeta, M. (2011). Sistema de salud en Venezuela. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica, 53*(2), S286. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779022

Briner, A. y Aloia, C. (2012). Sistema de salud en Argentina: evidencias recientes de su fragmentación y vigencia de asimetrías. *IV Congreso Anual AEDA: El desafío del desarrollo para la Argentina en un contexto mundial incierto*. Buenos Aires.

Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG). (2016). Recuperado de http://www.famfyg.com.ar/especialidad

Fernández, M. A., Arias, L., Brandt, C., Irigoyen, A. y Roo, J. (2012). *Arc Med Fam, 14*(4), pp. 93-112.

Mejía, M. A., Quintero, O. M., D'Avila, M. C. y Silva, C. C. (2007). La medicina familiar en América Latina. Situación actual de la medicina familiar en Venezuela. *Medicina de Familia*, *39*(9).

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory* (*GHO*) data. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

Ríos, G. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Argentina*. Recuperado de http://www.isags-unasul.org/uploads/eventos/ev%5B328%5Dling%5B2%5Danx%5B301%5D.pdf

Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile (SOCHIMEF) (2016). Recuperado de http://www.medicinafamiliar.cl/

Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (Sumefac, 2016). Recuperado de http://sumefac.com/

Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (Sovemefa) (2016). Recuperado el 2 de marzo de 2016, de http://www.sovemefa.com/portal/

Tejerina, H. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria de salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Venezuela*. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR. Recuperado de http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/06/mapeo-aps-venezuela.pdf

Vargas, P., Cabrera, H., Montalvo, J., López, N. R., Pacheco, E. R., Yuruhán, D., *et ál*. (2016). Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade, 11*(supl. 1), pp. 61-70. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1275

Lista de tablas

Tabla 3.8. Comparación de algunos indicadores en salud
de Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela (2010-2015) 515
Tabla 3.9. Comparación de características de los sistemas
de salud y organización para la prestación de servicios
en Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela 518
Tabla 3.10. Número de médicos familiares y proporciones
por habitantes en Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela.....522

Sección 4

Colombia, Ecuador y Perú

El cuarto grupo está constituido por Perú, Ecuador y Colombia, países que tienen propuesto el modelo, pero aún no cuentan con experiencias exitosas concretas. La Tabla 4.1 relaciona el tipo y número de documentos seleccionados sobre estas tres experiencias.

Tabla 4.1. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información sobre Colombia, Ecuador y Perú

País / Tipo de estudio	Perú		Ecuador		Colombia	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Observacional descriptivo	1	11 %	1	9 %	1	14 %
Observacional analítico	0	0 %	1	9 %	0	0 %
Cuasiexperimental	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Experimental	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Revisión sistemática y revisión de la literatura	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Cualitativo (con una metodología explícita)	1	11 %	2	18 %	2	29 %
Narrativo (editoriales, experiencias)	7	78 %	7	64 %	3	43 %
Otros*	0	0 %	0	0 %	1	14 %
Total	**9**	**100 %**	**11**	**100 %**	**7**	**100 %**

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con los datos de la tabla anterior, en este grupo de países el común denominador es tener un número escaso de artículos que documenten las experiencias. La mayoría se refiere a documentos narrativos: en Perú 88 %, en Ecuador 64 % y en Colombia 43 %. En el primer caso, se contó con artículos referidos al desarrollo de la medicina familiar que permiten comprender el proceso de la especialidad en el país. En los otros dos casos, fue necesario reconstruir dicho proceso con base en diferentes escritos que cumplieron el criterio de inclusión.

Para los tres países se requirió complementar la información con artículos encontrados por Google y, en el caso de Colombia, fue posible consultar tesis de grado de algunos residentes de la Especialización en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque (Alvarado, Bermúdez y Echeverría, 2015; Chávez, Mosquera y Solano, 2014; Mendoza, González, Quintero, Gaona, Castiblanco, Naranjo, *et ál*., 2016; Salazar y París, 2015). Los tres países, de forma más o menos reciente, en un periodo que no sobrepasa la última década, han desarrollarlo un marco legal que permite avanzar hacia la APS, por lo que la normatividad al respecto se ha estado actualizando.

Bibliografía

Alvarado, L. C., Bermúdez, A. y Echeverría, A. (2015). *Caracterización de variables asociadas con las barreras de acceso en la atención materno fetal susceptibles de ser intervenidas con las tecnologías de la información y la comunicación: un modelo de atención primaria en salud desarrollado en la localidad* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Chávez, N., Mosquera, M. y Solano, L. (2014). *Caracterización de barreras de acceso encontradas en la población de gestantes detectadas en el programa de salud a su casa en una localidad de Bogotá* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Mendoza, S., González, E., Quintero, L., Gaona, L., Castiblanco, A., Naranjo, E. *et ál*. (2016). *Percepciones de los usuarios del régimen de seguridad social en salud en la ciudad de Bogotá afiliados a empresas prestadoras de salud sobre el médico familiar* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Salazar, N. y París, V. (2015). *La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud colombiano* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Lista de tablas

Tabla 4.1. Tipo de literatura seleccionada como fuente de información sobre Perú, Ecuador y Colombia 531

Colombia

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Roger Moreno Sáenz

Ginna Liceth Álvarez Riveros

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

Colombia se encuentra localizada en el extremo norte de Suramérica, bordeando el Mar Caribe, entre Panamá y Venezuela, y el Océano Pacífico entre Ecuador y Panamá. Cuenta con una superficie total de 1 138 910 km^2, distribuidos en 1 038 700 km^2 terrestres y 100 210 km^2 marítimos, incluida la zona insular. Limita con Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela. El estimado para la población en 2014 era de 46 245 297 habitantes; 90 % profesa el catolicismo y 10 % otras religiones. Su pirámide poblacional ha tenido una transición demográfica asociada a la disminución de la natalidad y la mortalidad (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014). La distribución poblacional por grupo etario en 2014 era:

- 0-14 años: 25,3 % (hombres 5 998 645 / mujeres 5 720 229)
- 15-24 años: 18 % (hombres 4 243 251 / mujeres 4 099 299)
- 25-54 años: 41,6 % (hombres 9 515 723 / mujeres 9 720 894)
- 55-64 años: 8,3 % (hombres 1 796 050 / mujeres 2 051 948)
- 65 años: 6,5 % (hombres 1 293 258 / mujeres 1 806 000) (CIA, 2014).

Esto indica que existe una proporción alta de menores de 14 años (25,3 %), si se le compara con Canadá (15,5 %) o España (15,4 %). En Latinoamérica, este es un valor similar al de Argentina (24,9 %) y menor al reportado para Perú (27,3 %) y Ecuador (28,5 %). Colombia es un país

con relativamente pocos mayores de 65 años (6,5 %) al compararlo con Canadá (16,8 %) y España (17,5 %). En relación con Latinoamérica, hay menos mayores de 65 años que en Argentina (11,3 %) y el porcentaje es similar al de Ecuador (6,7 %) y Perú (6,7 %). La Tabla 4.2 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 4.2. Indicadores demográficos y de salud de Colombia (2010-2015)

Indicador	Colombia
Población total (miles)	46 245 297 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	RC: 42,9 % RS: 48,7 % RE: 5,04 TOTAL 96,7 % (2015)[b]
Expectativa de vida (años)	74,8 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	13,6 [9,3-20,1] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	64 [56-81] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	16,73 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	5,36 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	1,67 (2010)[c]

Enfermeras por 1000 personas*	0,62 (2010)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	6,8 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	76 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	16,1 (2013)[c]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	13,9 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	405 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras.
n.v.: nacidos vivos
PIB: Producto Interno Bruto
RC: Régimen Contributivo
RS: Régimen Subsidiado
RE: Régimen Exceptuado

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.
[b] "Informe al Congreso de la República 2014-2015 sector administrativo de salud y protección social", por Ministerio de Salud y Protección Social.
[c] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes

Colombia es miembro de la Organización Panamericana de la Salud desde 1951 (OPS, 2015), lo cual ha influido en el desarrollo de las políticas de

salud que se trazan desde entonces. De manera casi simultánea, se implementó la Ley 90 de 1946, por medio de la cual se estableció el seguro social obligatorio de los trabajadores y se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) para el sector privado y la Caja Nacional de Previsión Social para el sector público (Ley 90 de 1946), como mecanismos para administrar las prestaciones de los trabajadores y garantizar financieramente sus derechos. Los excluidos de estos sectores eran atendidos por los centros de salud y la red de hospitales administrados por dependencias departamentales mediante recursos públicos (Rocha, 2010).

En 1974 se creó el Sistema Nacional de Salud, con lo que las coberturas en salud quedaron distribuidas en tres grandes bloques: Seguridad Social, que cubría a los trabajadores públicos con el ICSS y las cajas de previsión; el sistema privado, conformado por clínicas y consultorios privados, que atendía a personas con capacidad de pago mediante pagos directos o por seguros privados; y la red pública de servicios, integrada por centros de salud y hospitales distribuidos por todo el territorio nacional que, en teoría, cubría el resto de la población, pero tenía accesibilidad restringida.

Según el Estudio Sectorial de Salud realizado en 1990, la cobertura de aseguramiento solo alcanzaba 15,7 % de la población (Yepes *et ál*., como se cita en Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Sin embargo, para otros autores, la cobertura se distribuía así: Seguridad Social llegó a tener un máximo de 22 % de población asegurada, la red privada cubría un 5 % y aproximadamente 35 % tenía acceso a la red pública, con lo que quedaba cerca de un 35 % sin cobertura (Tafur, 2011).

Con este panorama, en la década de 1990, se consideró necesario un cambio en el sistema. Este fue impulsado por la Constitución Política de Colombia de 1991, que consagra en su Artículo 48 que la seguridad social es "un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley" (Asamblea Nacional Constituyente, 1991). En concordancia con

esto, se promulgó la Ley 100 de 1993, que unifica la normatividad de la seguridad social colombiana.

Entre los resultados favorables de esta reforma, se destacan el aumento de la cobertura, que pasó de 15,7 % en 1990 a 96,6 % en el 2014, y la satisfacción de los usuarios frente al sistema (Velandia, Ardon, Jara, Cárdenas y Pérez, 2004). Los servicios de salud se han calificado como oportunos en un 84,3 % y de buena calidad en un 82,7 % (Velandia *et ál*., 2004). Según datos del 2011, esta satisfacción era mayor a 80 % en los dos regímenes: 94,5 % en los servicios complementarios, 93,6 % en el régimen contributivo y 82,0 % en el subsidiado (Guerrero *et ál*., 2011).

Sin embargo, en el sistema persisten algunas barreras de acceso económicas, sociales, geográficas y administrativas (Rodríguez, Chávez, Mosquera y Solano, 2014). El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), en su Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997, encontró que las personas se abstenían de usar los servicios de salud por razones relacionadas con la accesibilidad y no por déficit en calidad ni oportunidad (Velandia *et ál*., 2004). Resultados similares se obtuvieron en la Encuesta Nacional de Salud de 2007, donde se evaluaron las causas de abstinencia de consulta por parte de los usuarios: en el régimen contributivo, el 23,0 % por no lo consideraba necesario y el 7,6 % no asistieron porque los horarios no les favorecían. En el régimen subsidiado, el 8,6 % indicó que la consulta era muy costosa y al 6,3 % no le favorecían los horarios; solo el 4,5 % opinó que se presentaban muchos trámites en las EPS e IPS (Ministerio de Salud de Colombia, 2009).

Por otra parte, en una revisión de la literatura que cubre el periodo entre 1993 y 2012, Merlano y Gobanev (2013) identificaron que la capacidad instalada ha ido aumentando, pero que el recurso humano en el servicio primario en salud es insuficiente para garantizar una adecuada capacidad resolutiva, lo cual genera represamiento. Además, es débil en cuanto a promoción y prevención, lo cual se traduce en consultas tardías, aumento de gastos para el sistema y reducción de la expectativa de vida.

También se ha encontrado que, en la mediana y alta complejidad, se utilizan de manera inadecuada los recursos especializados. Además, se evidencian dificultades para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, concentrándose la atención en el manejo de la enfermedad, y en especial, en el ámbito hospitalario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Un ejemplo de esto es la variación de atenciones que se ha presentado en los servidores públicos durante los últimos tres años: el número de atenciones en primer y segundo nivel ha disminuido en 2,8 % y 1,5 %, respectivamente. Sin embargo, se han incrementado las atenciones en las IPS de tercer nivel en un 9,8 %, lo cual va en contra de la política de atención primaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Como consecuencia de este fraccionamiento en la atención y la coordinación entre la puerta de entrada y los servicios especializados, se presenta demora en los tratamientos de enfermedades de alto costo. Por ejemplo, en el caso de cáncer de mama, transcurren 137 días desde una primera consulta hasta el tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Dentro de los problemas planteados por el documento sobre la Política de Atención integral en Salud (PAIS) están: alta carga de enfermedad, inequidades en salud regionales y poblacionales, un enfoque más hacia la enfermedad que hacia la prevención, falla regulatoria, desafíos de sostenibilidad financiera, y desconfianza y deshonestidad entre los agentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Algunos sectores afirman que la Ley 100 ha generado limitaciones a los profesionales de la salud con el fin de ahorrar recursos dentro del sistema, lo cual muchas veces va en contra de los principios aprendidos en las facultades. Esto ha obligado a los usuarios a acudir al sistema judicial para exigir a las EPS la prestación del servicio requerido por medio de tutelas que, en su mayoría, se interponen por servicios negados, aunque estos hagan parte del Plan Obligatorio de Salud. En estos casos, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) debe asumir estos costos, lo cual pone

de manifiesto la actuación inapropiada por parte de las EPS, que aumentan sus utilidades limitando los servicios en la atención médica (Merlano y Gobanev, 2013). Esto ha puesto en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema y ha aumentado la necesidad de reformas.

Otra situación que afecta la sostenibilidad financiera del sistema es el alto porcentaje de personas pertenecientes al régimen subsidiado, el cual, para 2014, era de 48,0 %. Esta cifra no es coherente con la tasa de desempleo reportada ese año: 9,1 % (Ministerio de Salud y Proteccion Social, 2015a), lo que significa que un porcentaje importante de personas que podrían contribuir en salud no lo hacen.

Como respuesta a estos problemas, se han realizado algunas reformas a la Ley 100; entre ellas se destaca la Ley 1438 de 2011, que busca fortalecer el sistema y mejorar su sostenibilidad en el marco de la atención primaria en salud (APS). Esta ley adopta la APS constituida por "tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana", y la define como una estrategia de coordinación integral e integrada que incluye desde la salud a la enfermedad en todas sus etapas y todos los niveles de atención, para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos.

Además, enfoca el servicio en la APS mediante políticas de promoción y prevención, unifica el POS contributivo y subsidiado, hace énfasis en la universalidad del aseguramiento y la garantía de la prestación de los servicios de salud en cualquier lugar, elimina las multas por inasistencia a citas médicas, brinda respeto a la autonomía médica en diagnóstico y tratamiento de sus pacientes, impulsa medidas de fortalecimiento de hospitales públicos, establece pautas que mejoran la efectividad del proceso económico entre EPS e IPS, y promueve la creación de redes de asistencia y equipos de APS dentro de estas. Su Artículo 3 modifica y adiciona los principios del sistema de salud: igualdad, obligatoriedad, prevalencia, enfoque diferencial, equidad, calidad, progresividad, libre escogencia, sostenibili-

dad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención, y continuidad (Ley 1438 de 2011).

A pesar de haber sido promulgada en 2011, cuatro años después no había sido posible reglamentarla para que armonice los múltiples actores de la salud y distribuya la población en redes de atención integral coordinadas. Hasta el momento, la igualdad de los regímenes contributivo y subsidiado se limita a sus responsabilidades en servicios, mas no en los aportes que recibe para prestarlos (Resolución 5925 de 2014). Esto implica que el régimen subsidiado debe prestar los mismos servicios con un menor presupuesto.

Se ha documentado antes y después de la reforma del 2011 que el sistema presenta dificultades de financiación generados por el incumplimiento en los pagos por parte de las EPS a las IPS, por glosas muchas veces injustificadas. Por ser las IPS el último eslabón en el sistema, esta situación incrementa su vulnerabilidad (Riveros y Amado, 2012). Además, no se ha logrado estipular un límite en el lucro por parte de las EPS (Agudelo, Cardona, Ortega y Robledo, 2011).

De la discusión de estas circunstancias surgió la necesidad de hacer una profunda reforma del sistema de salud. Una propuesta de las agremiaciones científicas dio origen a la Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, mediante la cual "se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". Esta tiene como objetivo garantizar la salud como un derecho humano constitucional fundamental, donde el Estado se responsabiliza de respetar y proteger el goce efectivo de este derecho mediante una atención integral de los usuarios, que incluye promoción, prevención, atención y rehabilitación, y aunque no menciona específicamente la atención primaria, lo que promulga es un avance hacia la APS.

La Ley Estatutaria 1751 organiza el sistema en redes integrales de servicios de carácter público, privado o mixto, y brinda los servicios acordes con las necesidades de la población. Además, garantiza la calidad del

servicio por parte de personal capacitado e idóneo para dicho fin, asegurando al talento humano condiciones laborales justas y dignas con facilidades para incrementar sus conocimientos.

Los elementos esenciales enunciados por esta ley son:

- *Disponibilidad:* servicios y tecnologías e instituciones de salud, personal médico y profesional competentes.
- *Aceptabilidad:* los agentes del sistema deberán respetar la ética médica, así como a las diferentes comunidades, reconociendo sus particularidades culturales y permitiendo su participación en el sistema de salud.
- *Accesibilidad:* acceso a las tecnologías y servicios con igualdad.
- *Calidad e idoneidad profesional:* los establecimientos, servicios y tecnologías de salud están centrados en el usuario y responden a estándares de calidad.

Según la Ley Estatutaria, los principios del sistema son:

- *Universalidad:* todos los residentes en territorio colombiano tienen el derecho fundamental a la salud.
- *Pro hómine:* las autoridades interpretan las normas que sean más favorables a la protección del derecho a la salud.
- *Equidad:* el Estado implementa políticas públicas para mejorar la salud de los grupos vulnerables.
- *Continuidad:* la prestación de un servicio no puede interrumpirse por razones administrativas o económicas.
- *Oportunidad:* se prestan los servicios sin dilataciones que agraven la situación de las personas.
- *Prevalencia de derechos:* se implementan medidas para garantizar la atención integral a niños, niñas y adolescentes por ciclos vitales.

- *Progresividad del derecho*: se promueve la ampliación gradual del acceso a los servicios de salud, la mejora en la prestación y talento humano, así como la reducción progresiva de barreras de acceso.
- *Libre elección:* se asegura la libertad para elegir el prestador de salud entre la oferta disponible por habilitación.
- *Sostenibilidad:* el Estado estima los recursos para asegurar el derecho fundamental a la salud.
- *Solidaridad:* se promueve el mutuo apoyo entre las personas, sectores económicos y comunidades.
- *Eficiencia:* se vela por la mejor utilización de los recursos disponibles.
- *Interculturalidad:* se fomenta el respeto por las diferentes culturas; se apoya el esfuerzo por construir mecanismos que integren estas diferencias en forma complementaria para la recuperación de la salud.
- *Protección de los pueblos indígenas:* se reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propios conceptos, desarrollado en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).
- *Protección a pueblos y comunidades indígenas, rom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:* se garantiza a estos grupos el derecho fundamental a la salud, respetando sus costumbres.

Esta ley tiene implicaciones importantes para el futuro de la reorganización del sistema de salud. Aunque se intentó promulgar una ley ordinaria que la complementara, el Ministerio de Salud y Protección Social optó por generar una reglamentación de esta para que finalmente puedan ser implementadas la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015.

En 2016, con la Resolución 429, se normativiza una propuesta de atención integral planteada por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). Esta política busca "orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población", mediante la regulación de los agentes del sistema y garantizando el derecho a la salud que promulga más enfáticamente la mencionada Ley Estatutaria 1751. Se fundamenta en la igualdad de trato y oportunidad de acceso de toda la población, así como en el abordaje integral del proceso salud-enfermedad, centrando el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno, y exigiendo la acción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores en pro del beneficio del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). Esto constituye una respuesta a la tendencia que aún se evidencia en el sistema de centrarse en una resolutividad hospitalaria de la enfermedad, mayor gasto en salud y fragmentación de la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). Con relación a esto, el MIAS tiene como finalidad promover la equidad social en todos los ámbitos del cuidado de la salud, incluidos la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

Estructura

La Ley 100 de 1993 fundamenta el sistema de salud en un eje central: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), del cual hacen parte el régimen subsidiado y el contributivo. Este sistema es dirigido y controlado por el Estado, pero es descentralizado y cuenta con la participación de agentes públicos y privados. Según el Artículo 2 de la Ley 100, el SGSSS se basa en los siguientes principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

La vinculación al sistema se hace por medio de cualquiera de los regímenes mencionados mediante las entidades promotoras de salud (EPS) privadas (en su gran mayoría) o públicas. Los servicios cubiertos se ofrecen a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) por medio de un plan obligatorio de salud (POS) para el régimen contributivo y un POS-S para el régimen subsidiado, los cuales fueron unificados por la Ley 1438 de 2011 (Guerrero *et ál*., 2011). Además, cuenta con planes complementarios a los servicios cubiertos por el POS a precios variables, así como con el acceso a servicios privados con pago directo, para quienes deseen servicios adicionales. Independientemente de esta capacidad de pago, se debe cumplir primero con la obligación solidaria de estar afiliado y hacer aportes al sistema (Guerrero *et ál*., 2011).

Al régimen contributivo pertenecen las personas con capacidad de pago, es decir, los trabajadores asalariados, pensionados y los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente que, en 2015, era de $644 350 (Decreto 2731 de 2014). Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), en 2015 pertenecían a este régimen el 42,9 % de los afiliados.

El régimen subsidiado afilia a todas las personas sin capacidad de pago, situación que se valida con encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (Sisbén), aplicada por las entidades municipales y regionales (Guerrero *et ál*., 2011). En el 2014, el 48,7 % de los afiliados pertenecían a este régimen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

El total de afiliación a los dos regímenes, en 2015 correspondía a 91,7 % de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a). Las personas que no logran pertenecer a ningún régimen por incapacidad de pago y retraso en la afiliación al régimen subsidiado tienen derecho a recibir los servicios de atención en salud por parte de las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado (Guerrero *et ál*, 2011).

Además de contar con estos dos regímenes, en Colombia existe un grupo de personas que no pertenece al sistema, considerados como régimen especial que ha logrado subsistir de manera independiente, conservando sus propios mecanismos de financiación, administración y prestación de servicios. Estos comprenden a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), el Magisterio y los funcionarios de las universidades públicas, quienes en 2014 constituían el 5,04 % de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Otro componente del sistema son las aseguradoras de riesgos laborales (ARL) que atienden los accidentes de trabajo y las enfermedades de origen profesional (Guerrero *et ál*., 2011). Todos los empleados deben estar afiliados y pagar un valor mensual sobre el riesgo de las actividades laborales que realicen (Decreto 1772 de 1994).

Los medicamentos son entregados por las IPS o por farmacias adscritas a la EPS del afiliado; la prescripción debe hacerse bajo el nombre genérico y con base en el listado establecido por la ley. En el área privada, se puede prescribir con nombre genérico o marca y el consumidor es quien elige cuál adquirir (Guerrero *et ál*., 2011).

Es importante mencionar que, según el Artículo 3 de la Resolución 1441 de 2013, los prestadores del servicio de salud deben garantizar y cumplir tres condiciones para ingresar y permanecer en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud: capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad tecnológica y científica.

La forma de ingreso a la atención se da mediante asignación de citas según disponibilidad, las cuales deben ser solicitadas por Internet, vía telefónica o personalmente en las EPS e IPS, según los protocolos internos de cada institución. Otra forma de ingreso es mediante los servicios de urgencias, donde se clasifica la condición por la que asiste el paciente por medio de la escala TRIAGE, dando pronta atención a las condiciones que lo ameriten y remitiendo las demás al servicio de consulta externa.

Con base en los principios expuestos por la Ley 100, los usuarios participan de forma activa por medio de la Asociación de Usuarios ante las EPS y las IPS, y de las veedurías ciudadanas. Además, pueden acudir a la acción de tutela, mecanismo por el cual se garantizan los derechos fundamentales constitucionales (Constitución Política de Colombia, 1991), si consideran vulnerado su derecho a la salud; los jueces pueden fallar a favor del usuario ordenando la prestación del servicio demandado (Guerrero *et ál*., 2011).

La Ley 100 presenta elementos compatibles con los modelos de APS, como la cobertura universal y la equidad; sin embargo, tiene otros incompatibles, muchos derivados de privilegiar la prestación de servicios por parte de los aseguradores por encima de un concepto más integral de la salud. Dentro de estos últimos se encuentran la falta de coordinación entre la salud pública y la prestación de servicios, así como entre las redes de prestación de servicios; la separación de la promoción y prevención de la atención; el fraccionamiento de la prestación de servicios, y la baja resolutividad en la puerta de entrada. Se espera que estas situaciones se puedan corregir con la implementación de la Ley 1438 de 2011, la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 429 de 2016.

Financiación

El Artículo 23 del Decreto 1703 de 2002 establece un ingreso base de cotización (IBC) para el régimen contributivo. Para los trabajadores independientes o que laboren por prestación de servicios, este equivale a 40 % del valor del contrato facturado en forma mensual. Para los empleados con contrato formal de trabajo con todas las prestaciones de ley, el IBC corresponde a 12 % del valor total del contrato mensual, del cual el empleado responde por 4 % y el empleador por el 8 % restante (Decreto 1703 de 2002). La Ley 1122 de 2007 aumentó esta contribución en 0,5 %, quedando en 12,5 %. Esto mismo aplica para el caso de pensionados.

Sin embargo, este aspecto se reestructura en 2014 con la implementación de la Ley 1607 de 2012, la cual "determinó la sustitución de fuente de las cotizaciones para empleadores de trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos (SMLMV) por un impuesto a las utilidades denominado impuesto sobre la Renta para la Equidad – CREE" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Los ingresos son recaudados por medio de las EPS, que entregan los fondos al Fosyga. Este devuelve a las EPS un monto estipulado para cada afiliado, conocido como unidad de pago por capitación (UPC), previamente definido por edad, sexo y régimen al que pertenezca (Guerrero *et ál*., 2011). En 2015, el valor promedio de la UPC para el régimen contributivo era $629 974,8 (Resolución 5925 de 2014). Con este valor la EPS debe asegurar la prestación de los servicios requeridos y destinar un porcentaje para las actividades de promoción y prevención (Barón, 2007). Las EPScontratan los servicios de salud de forma discrecional y generalmente lo hacen con prestadores privados (Vega y Acosta, 2014).

Los recursos para financiar el régimen subsidiado son reunidos a través del Fosyga y equivalen al 12,5 % de la cotización del régimen contributivo. Este monto se suma a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales (Guerrero *et ál*., 2011) y se entrega a las EPS subsidiadas (EPS-S). En 2015, el valor de la UPC para este régimen era en promedio $563 590,8 (Resolución 5925 de 2014).

Otras fuentes de financiación incluyen: recursos de las rentas nacionales destinados al fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio Salud y la Protección Social, y rentas cedidas a los departamentos (impuestos sobre los licores y los juegos de azar) que financian, entre otros proyectos, los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Por su parte, el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se financia por el seguro obligatorio para vehículos, pagado por los propietarios, de donde se cubren este tipo de accidentes. Las empresas y los trabajadores indepen-

dientes hacen un aporte a las aseguradoras de riesgo profesional de acuerdo con el riesgo laboral, para cubrir enfermedades y accidentes laborales que son administrados por aseguradoras de riesgos laborales (Rodríguez, 2011).

El sistema se financia también con otros ingresos. Por un lado, están las cuotas moderadoras pagadas por beneficiarios y cotizantes en los servicios de consulta, farmacia, odontología, exámenes de primer nivel y urgencias no vitales; estas buscan regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional. Por otro lado, se encuentran los copagos, que son pagos porcentuales que deben realizar los beneficiarios del cotizante durante los servicios de cirugía, hospitalización y algunos apoyos diagnósticos y terapéuticos (Guerrero *et ál*., 2011).

El valor de las cuotas moderadoras depende de la clasificación según el nivel salarial. Existen tres rangos. El primero, corresponde a personas con ingresos menores a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) que para el 2015 pagaban una cuota moderadora de $2500. En el segundo, se ubican quienes devengan entre dos y cinco SMLMV que para 2015 pagaban una cuota moderadora de $9900, y en el tercero quienes reciben más de cinco SMLMV que para el 2015 pagaban una cuota moderadora de $26 100 (Ministerio de Salud, s.f.).

El régimen subsidiado no tiene cuota moderadora. Los copagos también dependen del nivel salarial y siguen la misma clasificación. Además, tienen un valor porcentual de acuerdo con el servicio y unos límites establecidos. Para el año 2015 en el primer rango de menos de dos SMLMV el valor del servicio es del 11,5 %, el valor máximo por evento es de $184 928 y el valor máximo por año es de $370 501. Para el segundo rango entre dos y cinco SMLMV el valor del servicio es del 17,3 %, el valor máximo por evento es de $741 003 y el valor máximo por año valor del servicio es de $1 482 005. Y finalmente para el tercer rango mayor a cinco SMLMV el valor del servicio es del 23 %, el valor máximo por evento es de $1 482 005 y el valor máximo por año es de $2 964 010 (Ministerio de Salud, s.f.).

Algunos servicios están exentos de estas cuotas moderadoras; por ejemplo, el programa de crónicos para atención de la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad renal crónica; las acciones de promoción y prevención; la atención materno-infantil; las enfermedades transmisibles y la atención inicial de urgencias. Esta medida promueve el uso de sistemas de atención integral desarrollados en cada EPS (Guerrero *et ál*., 2011).

Para contratar los servicios que prestan, las EPS cuentan con diferentes mecanismos de pago:

a. *Pago por capitación:* el Decreto 4747 de 2007 lo define como "pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios pre-establecido" (Ministerio de la Protección Social, 2007). Favorece el flujo de caja de la empresa al mismo tiempo que permite realizar presupuestos más acordes a la realidad (Ley 100 de 1993). La ventaja para el asegurador es que transfiere el riesgo (Ruiz, 2008). Sin embargo, presenta desventajas, como son la falta de familiaridad por parte de los médicos, debido a que se puede presentar el caso de no atención o prestación de servicio (no estimula la atención no preventiva); además, existe una menor compensación relacionada con la productividad, aumenta el riesgo en poblaciones seleccionadas y requiere mayor organización (Pérez yVelásquez, 2008).
Vale la pena resaltar que la Ley 1438 de 2011 limitó este tipo de contratación a la baja complejidad y, en las actividades de promoción y prevención, condiciona su contratación al cumplimiento de indicadores acordes a la APS, dirigidos a la evaluación de resultados en salud.

b. *Pago por evento:* según el Decreto 4747 de 2007, es el "mecanismo por el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud" (Ministerio de la Protección Social, 2007). Las

tarifas para este pago son pactadas previamente (Pérez y Velásquez, 2008). Una desventaja es que este sistema puede influir en los médicos para diagnosticar patologías de mayor gasto, a fin de obtener mayores ingresos.

c. *Pago por conjunto integral o paquete:* contiene parte de cada uno de los anteriores. De acuerdo con Pérez y Velásquez:

> Consiste en el pago por el valor total de un tratamiento estimado con base en todas las consultas que puede requerir. Es particularmente útil en enfermedades supuestamente prototípicas, en las que teóricamente es fácil calcular el costo promedio y determinar las eventualidades usuales. (2008, pp. 24-25)

En cuanto a las IPS, estas reciben el pago por parte de las EPS, por evento o por capitación (Ley 100 de 1993; Pérez y Velásquez, 2008). Por este último sistema, solo pueden contratarse los servicios de baja complejidad, sin que esto libere a la EPS de su responsabilidad en la prestación del servicio. Las empresas sociales del Estado, por su parte, contratan con terceros, empresas sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación y calidad en salud (Ley 1438 de 2011). El régimen subsidiado contratará con estas empresas un mínimo porcentual del 60 % del gasto en salud, según lo estipula el Artículo 16 de la Ley 1122 de 2007.

Además, según lo estipulado en el Artículo 17 de la Ley 100 de 1993, las EPS son responsables de:

> […] la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, a prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y

girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Modelo de atención y de prestación de servicios

Modelo de atención

De conformidad con la Ley 100 de 1993, el modelo de atención en salud colombiano es de aseguramiento universal y solidario, el cual concibe la salud como un servicio a cargo de aseguradores (EPS) y prestadores de salud (IPS). El primer nivel de atención y urgencias se consideran puertas de entrada, donde se soluciona una cantidad importante de motivos de consulta. Por ello, sirve de filtro para otros niveles de atención, a los cuales se accede mediante un sistema de referencia y contrarreferencia.

Con la promulgación de esta ley, se esperaba lograr el aseguramiento universal en el año 2000, lo que llevó a una atención individual episódica a necesidad, es decir, que se garantizaba la atención de los pacientes en los diferentes niveles cuando se presentara un evento que así lo demandara. Sin embargo, en la implementación no se logró articular con eficiencia la promoción y prevención con la atención primaria en salud, dejando de lado la salud pública (Rodríguez, 2009).

En 1996, bajo la Resolución 4288, se reglamentó el Plan de Atención Básica (PAB), propuesto por la Ley 100 en 1993 en su Artículo 165 como un conjunto de actividades de promoción, prevención y vigilancia en salud pública, organizadas en planes colectivos y encaminadas a la prevención de enfermedades de interés público como aquellas de transmisión sexual,

en particular, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis y la meningitis, entre otras. Este, posteriormente se convirtió en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Ley 1122 de 2007 y se desarrolló bajo el Decreto 3039 de agosto de 2007 y la Resolución 425 de 2008.

En el año 2000, se reglamentaron las acciones de promoción y prevención individual por medio de la Resolución 412:

> […] por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Posteriormente, la Ley 1438 de 2011 propuso un cambio en el modelo de atención, con el objetivo de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud, mediante la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad. El eje central de las políticas es el bienestar, para lo cual se tienen en cuenta las acciones en salud pública y se fijan metas e indicadores de resultados universales. Se planteó la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública, mediante un proceso de participación social y colaboración intersectorial del sistema de salud. Se esperaba fortalecer los primeros niveles de atención de manera tal que se aumentara la resolutividad de los problemas más frecuentes de salud a este nivel, y que el modelo de atención estuviera "centrado en la persona, la familia y la comunidad" y tuviera en cuenta "las particularidades culturales, raciales y de género de la población".

De conformidad con lo anterior, desde el año 2000, se empezaron a realizar acciones de APS en cuanto a promoción y prevención con intervenciones a nivel individual (Resolución 412 de 2000) y colectivo (Resolución 425 de 2008); las primeras, por parte de los prestadores a cargo de

las EPS, y las segundas, por parte de los entes territoriales. La tercera acción se refiere a una jurisdicción especial para comunidades indígenas que les permite tener una experiencia diferente, teniendo en cuenta su cultura (Acuerdo 326 de 2005).

Según Vega y Acosta, (2014), dichas acciones se desarrollaron con tres enfoques, cada uno con sus propios objetivos, mecanismos y fines, sin lograr un enfoque articulado centrado en la persona. El primero se ejecuta mediante acciones individuales asistenciales de tipo biomédico realizadas por la EPS, que incluyen vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); atención preventiva en salud bucal; atención del parto, al recién nacido, en planificación familiar a hombres y mujeres; atención temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), de las alteraciones del embarazo, de las alteraciones del adulto mayor de 45 años, del cáncer de cuello uterino y de seno, y de las alteraciones de la agudeza visual (Resolución 412 de 2000).

El segundo enfoque se centra en acciones colectivas de promoción y prevención y de salud pública (Vega y Acosta, 2014), a cargo de las entidades territoriales, distritales y municipales, que definen sus propias acciones según sus necesidades y recursos para prevenir enfermedades de interés público (Resolución 4288 de 1996). El tercero tiene en cuenta la interculturalidad de los pueblos originarios en relación con la participación comunitaria en la conducción de EPS e IPS indígenas, quienes cuentan con un sistema de salud único, que complementa y respeta sus creencias y necesidades acorde con los rasgos culturales (Vega y Acosta, 2014).

De acuerdo con Vega y Acosta (2014), la Ley 1438 de 2011 introdujo la APS como estrategia nacional, ya que la Ley 100 de 1993 no logró desarrollar un trabajo integral y articulado de la atención en salud, lo que no permitió implementar la APS como se definió en la Declaración de Alma Ata de 1978 (Pineda y Jerez, 2014). Con la promulgación de esta ley, se reforzó un sistema de salud basado tanto en la detección y atención pri-

maria de la enfermedad, como en actividades de promoción y prevención llevadas a cabo mediante espacios de oportunidad, cuando la población, por diferentes causas, acude al sistema de salud, o mediante estrategias de búsqueda activa, por medio de programas implementados por cada una de las EPS de manera independiente y acorde a sus recursos y necesidades, ya que no se cuenta con un esquema unificado. Esto se complementa con la prestación de servicios de salud para los que cada EPS ha establecido la forma en que los organiza y la red con la que los presta. Otro tanto ocurre con los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), pues cada ente territorial ha interpretado la forma de implementarlo, generando diversos tipos de fichas que buscan establecer el panorama de riesgos de las poblaciones a su cargo, de acuerdo con una distribución territorial, difícil de articular con la lógica de distribución por aseguramiento que tienen las EPS.

Con este panorama, se podría decir que existe una multiplicidad de modelos de atención que el gobierno, amparado en el mandato de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, ha buscado articular y organizar mediante una Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Mientras tanto, coexisten diferentes formas de organizar la prestación de servicios que se comentarán a continuación.

Modelos de prestación de servicios

Prestación de servicios por parte de las EPS

De acuerdo con primer enfoque, el modelo de cumplimiento en promoción y prevención debe procurar los mismos objetivos para el régimen contributivo y para el subsidiado, dando autonomía en su ejecución a cada una de las EPS; sin embargo, la Ley 1122 de 2007 establece que las EPS-S deben contratar más del 60 % de los servicios con las IPS de la red pública, lo cual limita la forma de contratación y la acción de sus servicios.

Otro aspecto de este enfoque es la implementación de programas específicos para atender a poblaciones con requerimientos de atención especial, incentivando el control de sus patologías crónicas como punto fundamental de prevención secundaria. Estos programas tienen mayor oferta y beneficios de accesibilidad; por ejemplo, el no cobro de cuota moderadora (Guerrero *et ál*., 2011). Entre dichos programas se incluye el de atención de paciente crónico (para adultos con hipertensión arterial, diabetes o enfermedad renal crónica).

Un avance en este aspecto se da cuando se obliga a las IPS y a las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud a notificar, según la Resolución 4505 de 2012, los casos de sífilis gestacional congénita, hipertensión arterial inducida por la gestación, hipotiroidismo congénito, sintomático respiratorio, tuberculosis multidrogorresistente, lepra, obesidad o desnutrición proteicocalórica, víctimas de maltrato o de violencia sexual, infecciones de transmisión sexual, enfermedad mental, cáncer de cérvix y de seno, vacunación, atención de parto, planificación familiar primera vez, métodos anticonceptivos, VIH, hepatitis B, TSH neonatal, reporte de citología cérvico vaginal y mamografía. Estos son eventos de interés en salud pública que son monitoreados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), cuyo objetivo es realizar seguimiento y generar información acerca de los eventos que puedan afectar la salud de la población colombiana (Instituto Nacional de Salud, 2009).

La atención en caso de enfermedad se realiza mediante dos mecanismos, dependiendo de la severidad del cuadro clínico y del requerimiento de atención inmediata o diferida. Por un lado, se encuentra la consulta externa, que se programa según disponibilidad de agendas médicas ofrecida por la EPS. Esta no debe ser mayor a tres días hábiles (Resolución 1552 de 2013). Por el otro, para las consultas que por su tiempo de evolución o severidad requieren de atención prioritaria, se cuenta con puntos ambulatorios que disponen de consulta prioritaria, estabilización, procedimientos menores, yesos, lavados, nebulizaciones prioritarias y parto en expulsivo.

En este último caso, se evalúa la situación en particular. Si se requiere procedimientos adicionales o atención de mayor complejidad, se remite a la paciente a instituciones que ofrezcan ese servicio mediante atención especializada con apoyo diagnóstico y terapéutico en diferentes grados de complejidad, dependiendo de los servicios ofertados (Vega y Acosta, 2014); esto se lleva a cabo en un proceso de referencia y contrarreferencia, teniendo en cuenta las características de cada nivel de atención.

Estos niveles de atención están divididos en tres grados de complejidad, siendo el primer nivel la puerta de entrada y el primer contacto del usuario con el sistema de salud. En este se cuenta con los servicios básicos como consulta externa de medicina general, medicina familiar (como interconsultor o apoyo al médico general), servicio de laboratorio, farmacia y urgencias de baja complejidad. En el segundo nivel, se encuentran las especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, anestesiología, medicina familiar, medicina general (como apoyo a especialidades), servicio de laboratorio clínico, radiología, farmacia, servicio de urgencias y de hospitalización, así como salas de cirugía. En el tercer nivel de atención se ubican las clínicas y hospitales más grandes y representativos del país. Allí funcionan todas las supraespecialidades tanto clínicas como quirúrgicas, así como la mayor tecnología en cuanto a cirugía, intervencionismo e imágenes diagnósticas. También cuenta con unidades de cuidado intensivo médico, coronario y de pacientes quemados (Vega y Acosta, 2014).

Según los enfoques mencionados, la implementación de las EPS se da dentro de una lógica de atención básica administrada, en la cual cada EPS contributiva o subsidiada cumple con las responsabilidades asignadas en la Resolución 412, estableciendo sus propias estrategias de promoción y prevención para cumplir con los objetivos requeridos.

Prestación de servicios en los entes territoriales

En el desarrollo del sistema de salud en Colombia se encuentran diversos modelos de prestación de servicios basados en experiencias, en la localización de la región y en la tipificación de la población; algunas características son comunes entre los modelos, mientras otras son propias de cada región. Según Vega y Acosta (2014), dichas experiencias pueden catalogarse como de atención primaria. Sin embargo, este equipo de investigadores considera que estas no cumplen todos los parámetros para que pudieran ser consideradas así, pues no son totalmente integrales e integradas en cuanto a la prestación de servicios se refiere, y reflejan, principalmente, experiencias del régimen subsidiado. A continuación, se describen algunas de estas experiencias.

En el 2004, Bogotá inició una política que "se orientó a garantizar el derecho a la salud con equidad, impactar los determinantes sociales y ambientales de la salud, mejorar el acceso a los servicios y reorientar el modelo de gestión y atención en salud". Entre 2012 y 2016, esta ha recibido una denominación diferente en cada administración: "Salud a su hogar", "Salud a su casa" y "Territorios saludables". Busca implementar la atención primaria y el cumplimiento de los derechos humanos, promoviendo la participación social, la acción intersectorial y la organización de redes integrales de servicios por territorios; integrando las acciones individuales con las de salud pública, y las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación entre sí, y actuando sobre los determinantes de la salud.

El modelo de salud pública se basa en los grupos de "Territorios saludables", programa financiado por el Plan de Intervenciones Colectivas, del cual forman parte los denominados Equipos de Respuesta Inicial y los Equipos de Respuesta Complementaria, que se encargan de notificar eventos de salud pública y resolver problemas de salud mediante la promoción y prevención, la atención inicial y la gestión transectorial, buscando romper las barreras de acceso y fortalecer la participación de los ciudadanos. Estos procesos se desarrollan en el espacio familiar, el ámbito laboral, las

escuelas y jardines de infancia, la comunidad, el espacio público y las instituciones (Vega y Acosta, 2014). Sin embargo, ha tenido problemas en su implementación, como se anota más adelante (véase sección Articulación entre el modelo de salud pública de los entes territoriales y las EPS y de estas con sus IPS, pág. 563).

Por su parte, Barranquilla cuenta con un sistema basado en promoción y prevención desarrollado en diferentes lugares: casa, colegio, barrios, espacios públicos y entorno laboral. Este tiene tres componentes de atención primaria: 1) atención primaria comunitaria mediante el programa "La salud está en mi casa" y de acciones complementarias, que responden a lo planteado por el PIC; 2) atención primaria de mantenimiento en la salud bajo la Resolución 412, desarrollado por los Puntos de Atención en Salud Oportunos (PASO), que prestan servicios de salud ambulatorios, principalmente de promoción y prevención y servicios curativos de baja y mediana complejidad en consultas de medicina general, odontología, nutrición y psicología; 3) atención primaria de recuperación de la salud, ofrecida por los Centros de Atención Médica Integral Oportuna (CAMINO), que son unidades con servicios de atención de urgencias, hospitalización y cirugía, que se clasifican según su grado de especialización profesional y de complejidad tecnológica (Vega y Acosta, 2014). Los tres componentes cumplen con los diferentes enfoques de promoción, prevención y atención mediante brazos de acción separados sin articulación entre ellos.

En Medellín, se desarrolla el enfoque de APS en los ámbitos familiar, comunitario, escolar e institucional, por medio de programas a cargo de la Secretaría de Salud de Medellín. Se destacan los programas denominados "Salud en el hogar" y "Estrategia de escuelas y Colegios saludables" (EECS). Este último se enfoca en educación para la salud en entornos educativos con el objetivo de generar una cultura de salud que favorezca el desarrollo de habilidades para una vida saludable. Está dirigido a docentes, estudiantes y sus familiares.

"Salud en el hogar" tiene como objetivo orientar la población y acercar los servicios de salud a los hogares mediante Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) con el apoyo de TIC. Siendo estos equipos la puerta de entrada al sistema de salud, desarrollan acciones de promoción, prevención y cuidado primario. Durante las visitas, establecen los riesgos, proponen acciones para disminuirlos e implementan programas de seguimiento, aspecto que es similar a como ocurre en el sistema utilizado en Bogotá.

Se cuenta también con el apoyo de unidades móviles que desarrollan acciones de información, comunicación y educación para promocionar la salud y prevenir la enfermedad, buscando fomentar una cultura de salud. Según lo anterior, se percibe que en Medellín tienen gran importancia las actividades de acción colectiva encaminadas a cumplir los objetivos del PIC (Vega y Acosta, 2014).

En Palmira, el modelo vigente, denominado "Atención Primaria en Salud" (aps) o "Médico en casa", surgió en el 2012. El Hospital Raúl Orejuela Bueno vincula al personal de Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) mediante contratos de planta temporal con actividades predefinidas para cada integrante. En el documento técnico (2012), se definen las actividades prioritarias para cada programa de atención en salud pública y los aspectos para la gestión administrativa. Los EBAP están conformados por médico general, odontólogo, enfermera profesional, fisioterapeuta y profesional de ciencias sociales o psicólogo (Vega y Acosta, 2014). También se cuenta con equipo de apoyo de cuatro fonoaudiólogos, dos optómetras, un nutricionista y un médico especialista en medicina familiar, así como con un grupo de auxiliares en salud oral y enfermería, denominados "forjadores". Otro recurso son los equipos tecnológicos denominados "mochilas". El forjador tendrá a su disposición báscula, tallímetro, tensiómetro estetoscopio y glucómetro, mientras que los profesionales de la salud cuentan con la mochila de telemedicina que incluye un equipo para la toma en línea de electrocardiograma y el envío de la respectiva lectura (Vega y Acosta, 2014). El EBAP suministra los medicamentos esenciales reglamentados por

la Resolución 412. El modelo de gestión involucra diversas fuentes de recursos mediante los convenios multipropósito, y se articula con gestores comunitarios para los diferentes programas (Vega y Acosta, 2014).

El Departamento de Santander ha realizado un importante recorrido, desde 1980, con su modelo de APS. Se denomina "Erradicación de la pobreza absoluta" e involucra voluntarios y fomenta la participación de la comunidad. Inicialmente se enfocó en zonas limitadas, luego logró la demanda inducida y, por último, la evaluación por quinquenios como acciones de promoción y prevención individual. La implementación municipal tiene diversos niveles de desarrollo con predominio de enfoques selectivos sobre modelos más integrales. Basado en algunas experiencias piloto satisfactorias a nivel municipal con mejores indicadores en salud y funcionamiento adecuado en cuanto a puerta de entrada, portafolio de servicios y formación profesional, busca superar el enfoque selectivo de la APS para tener un modelo más integral y extenderlo al departamento.

Su Modelo de Atención Integral Basado en APS (MAIBAPS) cuenta con equipos técnicos interdisciplinarios, departamentales y provinciales. En los municipios, las auxiliares de enfermería diligencian la ficha familiar que incluye información sobre el estilo de vida y sistema de aseguramiento, y a partir de las necesidades de la población, se realizan intervenciones colectivas, y programas de prevención y promoción (Vega y Acosta, 2014). Sin embargo, se han identificado limitaciones para la implementación del modelo; por ejemplo, los usuarios califican como de bajo desempeño el enfoque familiar, la orientación a la comunidad y el acceso a los servicios, así como la continuidad de los contratos y la coordinación intra e intersectorial (Vega y Acosta, 2014).

Articulación entre el modelo de salud pública de los entes territoriales y las EPS y de estas con sus IPS

La existencia de un modelo de salud articulado implica que los pacientes detectados en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) reciban atención y completen el ciclo, que los casos atendidos se resuelvan en un alto porcentaje en la puerta de entrada (entre 80 % y 85 %) y que solo se derive a otros niveles de atención lo que no puede solucionarse en esa primera instancia. Sin embargo, esto no es lo que ocurre en Colombia.

Aunque las experiencias de implementación de la APS descritas en la sección anterior reflejan los esfuerzos de los entes territoriales por ofrecer una atención integrada entre las acciones de salud pública, que generalmente están contratadas con los entes territoriales, y las acciones de promoción y prevención individual, que son responsabilidad de las EPS y las EPS-S, existen múltiples dificultades para que esto se logre en la realidad, ya que los dos enfoques no generan una atención que asegure un equipo de primer contacto que dé continuidad a la atención y que esta sea íntegra, integrada y coordinada (Vega y Acosta, 2014).

Una situación suficientemente ilustrativa se presenta en Bogotá (que es la capital y la ciudad con mayor población del país), donde el modelo de salud pública no pudo integrarse en un modelo completo de APS, porque no fue posible aplicarlo a toda la población (exceptuó a regímenes especiales) y, aunque los riesgos de la población detectados se canalizaron a las diferentes EPS, solo pudo completarse el ciclo de atención (detección del riesgo, atención e intervención) en un bajo porcentaje. Esta situación debilitó el modelo, ya que no era resolutivo en tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Vega y Acosta, 2014). A pesar de que se intentó extender a poblaciones aledañas como Mosquera, y que se registraron algunos avances en cuanto a articulación con las EPS E IPS, estos no fueron significativos y la nueva administración del alcalde Enrique Peñalosa, elegido en 2015, está replanteando el modelo.

Lo anterior evidencia un enfoque basado en procesos de identificación de las necesidades de los usuarios para planificar una respuesta dirigida (ejecutando actividades de intervención, canalizando al paciente hacia otro nivel de atención de acuerdo a las necesidades), que se da sin que se pueda finalizar el ciclo de forma adecuada, ya que el cierre está supeditado al acceso real que se tenga a la IPS a la que se ha remitido el usuario. Las IPS dependen de la contratación con cada EPS, contributiva o subsidiada que, como ya se ha indicado, no tienen una distribución territorial de su población.

Adicionalmente, el régimen contributivo de Bogotá no se coordina con las acciones del PIC; por ejemplo, pacientes que son detectados en el programa "Territorios saludables" como grupos de riesgo y que son canalizados a una EPS del régimen contributivo no cuentan con mecanismos que faciliten el acceso a la atención requerida; ellos deben hacer todo el proceso, con las barreras que se describen más adelante, lo que determina que la gran mayoría de veces no se cierre el ciclo de atención. Por ejemplo, una adolescente embarazada sin control prenatal, remitida a la EPS que le corresponde, llama, no consigue cita, se desanima y sigue sin el control prenatal. Esta situación denota la desarticulación total y la necesidad de esfuerzos para que la atención sea efectiva (Chávez, Mosquera y Solano, 2014).

Estas mismas dificultades en la canalización se han detectado en grupos de riesgo como el de menores de un año o en pacientes con enfermedades crónicas en las prácticas que realizan los residentes de medicina familiar en hospitales públicos de Bogotá. En ciudades como Barranquilla, Medellín, Palmira y Santander también se han identificado dificultades similares derivadas de la fragmentación, una orientación inadecuada, los problemas de financiamiento, la concurrencia de recursos, la falta de integralidad y organización en los equipos básicos, y las debilidades tanto en la capacitación del recurso humano como en la participación comunitaria (Vega y Acosta, 2014).

De otro lado, en las IPS los pacientes tampoco cuentan con una ruta de atención adecuada. Por ejemplo, en el régimen subsidiado, la atención

básica en los hospitales públicos se organiza en centros de atención de salud de primer nivel, o sedes asistenciales, bajo los siguientes nombres: Unidad Básica de Atención (UBA), Unidad Primaria de Atención (UPA) o Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI). Estas unidades son el primer contacto tanto resolutivo como de promoción y prevención. La atención especializada se presta en los hospitales de segundo y tercer nivel. Los mecanismos de comunicación formales no son suficientemente efectivos, como lo reporta una tesis de grado de residentes de medicina familiar de la Universidad El Bosque, por lo que han requerido establecer mecanismos informales para la atención de pacientes embarazadas. Este es un grupo priorizado para la detección de riesgos: cuando se identifica que requieren una valoración en otro nivel, es más eficiente el uso del WhatsApp y la llamada telefónica, mediados por una relación de amistad con quien la atiende, que una remisión formal mediada por una relación interinstitucional (Alvarado, Bermúdez y Echeverría, 2015). Existen proyectos dirigidos a mejorar la comunicación entre los niveles de atención de la red pública.

De acuerdo con nuestra experiencia como residentes y como especialistas en medicina familiar en Bogotá, en la atención que prestan las EPS, a través de las IPS tanto en centros ambulatorios como hospitalarios, no se siguen los pasos propuestos para tener un enfoque centrado en atención primaria; por ejemplo, en sectores donde el acceso a los servicios de alta complejidad no es tan restrictivo, los pacientes los usan de manera inadecuada. También se observa que cuando el acceso a las herramientas como paraclínicos y medicamentos en el primer nivel de atención es restringido, se originan trámites, consultas y remisiones, muchas veces innecesarios, que saturan los niveles de complejidad más altos.

Esta observación se corrobora con el aumento de atenciones que han tenido los prestadores públicos en segundo y tercer nivel cuya ocupación supera 78 %, entre el 2007 y 2015, y la disminución del nivel de ocupación en el primer nivel, que no alcanza 40 % en el mismo periodo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b). Al respecto, es importante resaltar que

los usuarios y funcionarios perciben el primer nivel de atención como de baja complejidad. En la medida en que se considera al primer nivel como simple, se subestima su resolutividad, llevando a la baja productividad del mismo. Esta situación ha sido descrita ampliamente en los documentos que dan cuenta del contexto donde se espera que interactúen los egresados de la especialidad en Medicina Familiar, principalmente de la Universidad El Bosque (Rodríguez, 2011; Rodríguez *et ál*., 2012).

Estas restricciones se acentúan en el régimen subsidiado, lo cual va en contravía del propósito inicial de un sistema basado en atención primaria. Como señala el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), en lugar de fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel capacitando este sector, sus funciones se restringen. Un factor que contribuye a la fragmentación en el régimen subsidiado de Bogotá es que las consultas de promoción y prevención requieren un espacio diferente a la consulta "resolutiva". Esta situación se presenta en forma diferente en cada una de las EPS del sistema.

Por su parte, las instituciones y especialistas ofrecen mayor número de servicios en altos niveles de complejidad para aumentar sus lucros, lo cual disminuye la sostenibilidad del sistema y lo aleja de la propuesta del sistema basado en atención primaria. Esto es más notorio en el sector público, por las limitaciones que tienen los médicos del primer nivel de atención, lo cual se ve reflejado en el bajo porcentaje de contratación de médicos familiares en este sector.

Adicionalmente, los usuarios perciben numerosas barreras de acceso a los servicios de salud, como lo mostró un estudio realizado en 2014 por un grupo de residentes de la Universidad El Bosque en el Hospital de Suba, donde se evaluó el acceso a la salud de la población gestante atendida en una institución pública. Los autores concluyeron que la atención en esta IPS presenta numerosas barreras geográficas, técnicas, económicas, socioculturales y, en mayor proporción, administrativas, que generan insatisfacción en las usuarias entrevistadas (Chávez, Mosquera y Solano, 2014).

Una investigación posterior en esta misma institución reportó resultados similares (Alvarado *et ál*., 2015).

Estas barreras también se mencionan en el documento que sustenta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Allí se hace referencia a limitaciones de acceso en los ámbitos territoriales dispersos, en especial por barreras geográficas, tales como condiciones culturales, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, y dificultad en el acceso vial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Aunque, en general, las EPS contributivas organizan mejor la prestación de los servicios con centros de puerta de entrada con profesionales especializados, que mejoran la resolutividad de los médicos generales mediante consulta asistida, esto se desarrolla mediante una pseudoespecialización en la atención primaria que lleva a una atención fraccionada del paciente (Rodríguez, 2011). Por ejemplo, si una paciente presenta una patología crónica, consulta al médico del programa de crónicos; cuando tiene una situación que no pertenece a algún programa definido, consulta a otro médico; si está embarazada y requiere un control prenatal, a un tercero. Esta pseudoespecialización puede relacionarse con el sistema de asignación de citas según disponibilidad, sin tener en cuenta las necesidades y condiciones del paciente. Se puede, por ejemplo, asignar una cita con un médico diferente o en un lugar distante. Aunque la cita se considere en los indicadores de oportunidad, de hecho, constituye una barrera de acceso y limita la continuidad de la atención.

Situaciones como las descritas van en contra de la integralidad que caracteriza la atención primaria en salud y lo propuesto por la Ley 1438 en su Artículo 61, según el cual la atención dentro del sistema debe ofrecerse en una red integrada de salud organizada, de forma tal que permita brindar los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de manera articulada e integral.

Modelo en la jurisdicción especial para comunidades indígenas

Finalmente, teniendo en cuenta el tercer enfoque mencionado por Vega y Acosta (2014) respecto a la diversidad de culturas y razas en Colombia (véase sección Modelo de atención, pág. 553), es indispensable tener una organización específica para el sistema de salud de cada una de ellas. Por esta razón, en el Departamento del Cauca, en 1971, se creó el Consejo Regional Indígena (CRIC), que desarrolló el programa de salud indígena. Este programa tiene como centro de acción media ancestral la autonomía alimentaria y la interculturalidad del cuidado de la salud. Diseñado para esta población, incluyó la creación de un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), que se fundamenta en la cosmovisión indígena y se guía por los valores definidos por el CRIC en el 2010. Su enfoque está orientado al territorio, la comunidad, la familia y la persona. Incluye otros cuatro componentes: político, cuidado de la salud, investigación en salud, y administración y gestión.

La APS en los pueblos indígenas se caracteriza por la atención integral e intercultural por ciclo vital, familiar y comunitario, lo cual sugiere una mejor articulación e integralidad en la atención, respecto a los modelos descritos previamente. Este modelo es financiado por los recursos de régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y por los recursos de las propias comunidades. Está dividido en zonas, para dar una cobertura global y disponer de un mejor acceso a las comunidades más distantes de la zona urbana; cuenta además con el apoyo de unidades básicas para la atención integral que pueden ser de dos tipos: los de base comunitaria (agentes de salud indígenas coordinados por enfermería) y los de apoyo (diferentes agentes de la salud occidental que incluyen profesionales, técnicos y tecnólogos), (Vega y Acosta, 2014). Existe la propuesta de implementar el modelo de APS en las comunidades indígenas con un enfoque de interculturalidad basado en la experiencia del Cauca, y en otra similar desarrollada por la Organización Gonawindua Tayrona, en la Sierra

Nevada de Santa Marta. Las dos han avanzado en la integración del modelo gracias a la delimitación de la población, y buscan que las comunidades originarias se apropien de la organizacion de la salud.

Propuesta de Modelo del Ministerio de Salud y Protección Social

De conformidad con la situación descrita hasta este punto, Colombia cuenta con una normatividad dirigida hacia la implementación de la APS con logros significativos, como el aumento de cobertura y la disminución del gasto del bolsillo, que son características de este modelo; pero también con unas dificultades importantes en el acceso a los servicios, con un modelo de atención anárquico y con modelos de prestación de servicios fraccionados, sin una base poblacional. Estas dificultades tienen su origen en una conceptualización más centrada en los intereses administrativos que en la rentabilidad social de un sistema centrado en el paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Ha sido difícil implementar la normatividad por diferentes factores, entre los cuales se destacan la desarticulación de los componentes del sistema; la falta de unificación de planes y actividades por parte de las EPS; la percepción cultural frente a la baja complejidad de la atención primaria; las diferentes barreras administrativas, geográficas, técnicas, económicas y culturales; y la limitación para formar a los médicos mediante especializaciones y subespecializaciones. Todo lo anterior restringe el acceso al sistema por parte de los usuarios, y la atención por parte de los profesionales en salud (Chávez, Mosquera y Solano, 2014).

También debe tenerse en cuenta que los indicadores de la organización de servicios y sus resultados responden al modo de organizar la atención y no a los principios de la APS. La información es controlada por cada EPS e IPS según las necesidades de la institución, y esto no siempre coincide con las necesidades e intereses de la población y la nación. Además, el personal de

salud operativo solo accede a la información que la EPS e IPS que le contrata quiera mostrar (Rodríguez, 2011). De esta forma, es imposible que un médico o un equipo de salud se comprometa a responsabilizarse por una población, como lo requeriría un modelo basado en la APS.

En respuesta a esto, la Ley Estatutaria 1751 del 2015 consagra la salud como un derecho constitucional, dejando de lado el concepto de servicio obligatorio, y plantea la obligatoriedad de atención en servicios de urgencias en todos los casos, e incluye además la política farmacológica. La propuesta del Gobierno para lograrlo es reglamentar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que busca un abordaje integrado y centrado en el paciente desde diferentes puntos de intervención, con especial énfasis en la promoción de la salud, desde un enfoque intercultural y multidisciplinario con participación ciudadana en el cuidado de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Ante esta desarticulación, el objetivo es consolidar una política de interacción coordinada entre las entidades participantes en la atención en salud (con el fin de brindar una atención integrada y articulada dentro del sistema en las áreas rurales, urbanas y dispersas), que se constituya en la propuesta del nuevo modelo de atención para Colombia. Para ello, se propone desarrollar acciones en cuatro ejes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b):

a. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, para generar una respuesta integral a las necesidades de la población, así como un abordaje biopsicosocial de los pacientes, con énfasis en promoción y prevención, con atención continuada, actuación frente a riesgos y una alta calidad resolutiva. Este tipo de atención también busca integrar los servicios de baja y mediana complejidad, mejorando la calidad en la prestación y optimizando los recursos.

b. El cuidado, como responsabilidad, individual, colectiva y estatal, con compromiso de cuidado por parte del individuó, su familia, la comunidad y el Estado.
c. La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación de las demás medidas, y como modo de diagnosticar y tratar en forma precoz las patologías, a fin de impedir sus complicaciones y mejorar la experiencia de los usuarios frente a la atención y el costo/beneficio de las acciones realizadas.
d. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones, dando una atención acorde a las necesidades específicas de cada población.

La Resolución 429 de 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud que ya había sido propuesta en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, los planes de desarrollo territoriales y el Plan Nacional de Desarrollo. El marco estratégico de la Política es el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que busca mantener la atención primaria como estrategia básica y "primer elemento de asistencia sanitaria" garantizando calidad, efectividad y servicios multidisciplinarios, fomentando el autocuidado y la participación ciudadana en la promoción de la salud desde un enfoque sociocultural más que individual, y promoviendo la atención integral, integrada y continua en el mismo camino de los principios enunciados en el sistema general de salud. Para lograrlo, se propone desarrollar los siguientes diez aspectos:

a. *Caracterización de la población*, con el fin de satisfacer sus necesidades particulares en salud, y en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
b. *Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)*, para incorporar las medidas de prevención individuales del Plan de Beneficios (PB) y las del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que deben basarse en la mejor evidencia disponible. Se proponen tres

rutas: 1) ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud; 2) ruta integral de atención para grupos de riesgo, como alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas, riesgo de infecciones respiratorias crónicas, alteraciones nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento, alteraciones en la salud bucal, riesgo o presencia de cáncer, población en condición materno - perinatal, riesgo de infecciones o presencia de zoonosis y agresiones por animales, enfermedad o accidentes laborales, agresiones, accidentes y traumas, enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente, riesgo o enfermedades raras, trastornos visuales y auditivos y población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes; 3) rutas integrales de atención específica que incluye acciones de recuperación, rehabilitación y paliación.

Estas rutas buscan integrar la atención, fortalecer la comunicación entre los participantes del sistema e incorporar intervenciones de gestión de la salud pública, de promoción de la salud, individuales, así como hitos, indicadores de seguimiento y evaluación, junto con los responsables sectoriales.

c. *Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS),* para coordinar las acciones que se lleven a cabo en cada grupo de riesgo identificado en los pasos anteriores, con el fin de prevenir los eventos de interés en salud pública. Participan en este proceso la entidad territorial como punto de articulación y coordinación del sistema; las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que identifican y comunican el riesgo de sus afiliados; la red de servicios, que ejecuta las acciones de prevención y el afiliado; la familia y los cuidadores como responsables del autocuidado.

d. *Delimitación territorial del MIAS*, con el propósito de ajustar las acciones a las necesidades poblacionales, teniendo en cuenta las di-

ferencias entre la población rural, donde los servicios de salud son generalmente monopólicos y públicos, y la urbana, que de forma habitual cuenta con amplia disponibilidad de sistemas de salud y una población dispersa, lo cual representa disponibilidad y accesibilidad limitada a los servicios de salud.

e. *Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud*, con el fin de articular el sistema de salud y sus funciones, así como la gestión de la prestación de servicios garantizando el acceso y calidad en la atención, y la resolutividad de los problemas de la población atendida.
Cada red tendrá dos componentes: uno primario, que será la puerta de entrada al sistema y resolverá mínimo el 80 % de los problemas de salud de la población, brindará acciones de promoción y prevención, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía, así como planeación y ejecución de las actividades del PIC, para lo cual estará organizado en equipos multidisciplinarios en salud (EMS), que tendrán familias a cargo, para el desarrollo de una atención y seguimiento integral. Un segundo componente es el complementario de prestación encargado de las acciones de mayor complejidad y la contrarreferencia al componente anterior, con el fin de asegurar la continuidad en la atención.

f. *Redefinición del rol del asegurador*, quien velará por la efectiva gestión del riesgo en salud, protegiendo el riesgo financiero secundario, para lo cual debe formar grupos de riesgo, desarrollar rutas integrales de atención, aplicar mecanismos de contratación y pago, hacer seguimiento de las intervenciones realizadas, y garantizar la capacidad técnica y la interacción con las demás partes del sistema.

g. *Redefinición del esquema de incentivos*, para fomentar la integralidad y calidad en la atención, así como el talento humano según la formación y distribución geográfica. Se incluyen también incentivos para el autocuidado en los usuarios.

h. *Requerimientos y procesos del sistema de información*, para realizar un cambio en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social (SISPRO), a fin de recolectar un mínimo de datos que permitan integrar los componentes del modelo, respetando la reserva de la información.

i. *Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS)* en torno a cuatro ejes: 1) formación del recurso humano, aumentando los especialistas en medicina familiar y salud familiar y comunitaria; 2) armonización del talento humano con esquemas de cuidado integral, garantizando la disponibilidad y capacidades del personal a cargo de la atención, los cuales deben incluir especialistas, gestor comunitario en salud, auxiliar en salud pública, médico familiar y personal no médico especialista en salud familiar; 3) fortalecimiento de recurso humano responsable de la planeación y gestión de las estrategias; y 4) mejoramiento de las condiciones laborales.

j. *Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimient*o, en pro de solventar las necesidades de salud de la población para un abordaje integral, estrategias de sostenibilidad financiera, gestión eficiente de los recursos humanos, fortalecimiento de sistemas de información, identificación de nueva evidencia científica e investigación en el acceso, y utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Como se evidencia, todo el proceso normativo llevado a cabo en salud va encaminado a lograr un sistema integral y con sostenibilidad financiera. Para ello, cada vez es más importante la resolutividad en el primer nivel de atención y las acciones de promoción y prevención articuladas con el tratamiento y la rehabilitación. El proceso de implementación a noviembre de 2016 es incipiente.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

En 1966, el director del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad del Valle viajó a Europa con fines académicos, más específicamente a Inglaterra, donde tuvo la oportunidad de conocer el sistema inglés y el papel de un médico generalista llamado *general practitione*r. La buena impresión que le dejó este modelo lo incentivó a implementarlo en dicha universidad. Con este hecho comenzó la formación en medicina familiar en el país con una promoción de cuatro egresados, que inicialmente no fueron reconocidos (Rodríguez, Bonivento y Villadiego, 2012).

Por la misma época, la Universidad Nacional diseñó una especialidad en Medicina General que involucraba el año de internado y el año rural, que finalmente no se desarrolló. También se ofreció, junto con el Seguro Social, un programa de Medicina Familiar en el área rural de Casanare. Sin embargo, el programa no continúo, por dificultades políticas como la conversión de Casanare en departamento (Rodríguez *et ál*., 2012).

Dado el interés de la Universidad del Valle por esta especialidad, entre 1970 y 1980, el doctor Diego Mejía, pionero de la medicina familiar en Colombia y Latinoamérica, realizó diversas visitas a Norteamérica con el fin de conocer el programa y el modelo allí desarrollado. Esta experiencia sirvió de base para diseñar, en 1984, el posgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Valle (Rodríguez *et ál*., 2012). Este fue aprobado en 1984, con una duración de tres años, y tenía la visión de multiplicar el proyecto en el país (Rodríguez y Vega, 1995). En 1987, año en que el programa fue aprobado por el Consejo Superior de la Universidad, egresó

la primera promoción, dando inicio al servicio de salud familiar en dicha institución. Los profesionales fueron contratados como médicos asistenciales (Universidad del Valle, s.f.).

Esta primera cohorte, en su año de graduación, fundó la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF), reconocida por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y por la Organización Mundial de Colegios y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca) (Arias, 2007). La SOCMEF se consolidó como una sociedad de carácter científico, cultural y social, con el fin de apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la especialidad en diferentes ámbitos (Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, 2014). En 1988 se logró que la especialidad en Medicina Familiar fuera incluida en la contratación de planta del Instituto de Seguros Sociales (Universidad del Valle, s.f.).

De acuerdo con Otto Hamann[22], en un proceso paralelo iniciado en 1982, la Escuela de Medicina Juan N Corpas otorgó títulos de profesor en medicina familiar integral entre 1986 y 1992. El programa tenía cinco años de duración, y era más intervencionista, con un enfoque quirúrgico. (Hamann, 2016).

Con la posterior reforma a la salud promulgada por la Ley 100 en 1993, se dio importancia a la atención primaria, lo cual hizo necesario apoyar la formación de un mayor número de médicos familiares. Por esta razón, en 1994 el Ministerio de la Protección Social y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina empezaron a desarrollar estrategias para masificar la especialidad. En 1995, el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad del Valle propuso un modelo en el cual el año de internado con énfasis en medicina familiar se homologa como primer

[22] Cursó Medicina Familiar Integral en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas entre Febrerode1991 y Marzo de 1996. Coordinador de la especialidad en esta facultad en el año 2016.

año de posgrado, el segundo año se realiza en forma concomitante con el servicio social obligatorio y el tercer año se desarrolla en forma tradicional (Universidad del Valle, s.f.). La Universidad Javeriana creó el programa en la especialidad en 1995 (Universidad Javeriana, s.f.). Tres años más tarde, la Universidad El Bosque, conocida como Escuela Colombiana de Medicina hasta 1997, ofertó este posgrado. Los dos programas contaron con ayuda de docentes egresados de la Universidad del Valle (Arias, 2007; Rodríguez *et ál*., 2012).

En el año 1993, la Universidad Juan N. Corpas pasó a otorgar el título de Especialista en Medicina General integral. En 1999 su programa pasó de cinco a tres años, otorgando el mismo título. Esta se había promovido desde 1980 para formar docentes de medicina familiar (Hamann, 2016). En el 2005 se aprobaron los programas de la Universidad del Cauca, la Universidad de la Sabana y la Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud. Los dos primeros tuvieron el apoyo de egresados de la Universidad del Valle y el tercero de egresados de la Universidad Javeriana (Arias, 2007). Para 2016, en el país existían ya siete programas, cinco de los cuales funcionan en Bogotá, originados en su gran mayoría a partir de la experiencia vivida en la Universidad del Valle.

Características de los programas académicos

Todos los programas vigentes en 2016 tienen una duración de tres años y buscan que sus egresados desarrollen las habilidades necesarias para desempeñarse en ámbitos gerenciales, administrativos o académicos. Adicionalmente, el médico familiar se forma para estar en capacidad de realizar intervenciones asertivas y resolutivas en las diferentes poblaciones y comunidades, manejando holísticamente el conocimiento con un enfoque biopsicosocial e interdisciplinario y administrando de manera efectiva los recursos. Este especialista desarrolla la capacidad de investigar y de enfo-

car las diferentes problemáticas presentadas dentro el marco legal vigente (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2014; Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2016; Universidad del Valle, 2015; Universidad El Bosque, 2016; Universidad Javeriana, s.f.).

Los diferentes programas comparten la misión de formar profesionales con alto compromiso con el paciente, que actúan siempre bajo principios éticos y tienen habilidades para abordar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde un enfoque holístico del paciente con un modelo biopsicosocial. Para lograr esto, durante el tiempo de formación, se ofrecen asignaturas administrativas, comunitarias, clínico-quirúrgicas y de investigación.

A continuación, se presentan las características específicas de los programas vigentes:

- *Universidad El Bosque*. Su currículo se basa en la práctica integral del generalista e incluye, durante los seis semestres, rotaciones en diferentes escenarios que aportan a un abordaje integral de condiciones prevalentes en la población. Además, el estudiante recibe una formación adicional en terapia de familia desarrollada dentro de los módulos de intervención sistémica y con créditos específicos en temas como sexualidad, adolescentes, violencia y programación neurolingüística (Universidad El Bosque, 2016).

  El plan de estudios está organizado en cuatro ejes que se desarrollan durante los seis semestres: *1) fundamentación integradora*, que incluye los módulos de fundamentos en medicina familiar, intervención sistémica y módulos específicos; *2) organización y gerencia en sistemas de salud*, que comprende seminarios sobre la organización y gestión de los sistemas de salud; *3) investigación*, que busca desarrollar un proceso completo de investigación; *4) profundización clínica*, orientada hacia el cuidado primario, en el cual se hacen revisiones teóricas y prácticas formativas (Rodríguez *et ál*., 2012).

El programa cuenta con tres modalidades de formación: *1) residencia modificada*, en la cual los estudiantes de medicina de cualquier universidad realizan, en su último año, un énfasis con el programa de Medicina Familiar, que posteriormente se homologa como primer año de especialización; *2) programa clásico o convencional*, en el que se reciben médicos generales que aspiran a especializarse en medicina familiar. Ellos desarrollan un programa de tiempo completo con dedicación exclusiva y, cada semestre, rotan por las diferentes especialidades y reciben las clases de los cuatro ejes mencionados; *3) formación en servici*o, dirigida a médicos generales que estén laborando; ellos rotan por las diferentes especialidades durante un tiempo menor que en la modalidad convencional y, en el tiempo restante, continúan asistiendo al servicio de consulta externa de la EPS en la cual trabajan. En esta modalidad está vigente el convenio con la EPS Sanitas, que realiza una convocatoria interna entre sus médicos, para postular a quienes ingresarán al Programa (Rodríguez *et ál*., 2012).

- *Universidad del Valle*. Dentro de su currículo ofrece dos módulos específicos de pedagogía psicoterapéutica de familia, cultura y sociedad, y salud ocupacional. Incluye además tutorías personalizadas (Universidad del Valle, 2015) y se ofrece en modalidad de residencia modificada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).
- *Universidad Javeriana*. Para desarrollar su plan de estudios, se apoya en los departamentos de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Salud Pública, Administración de Servicios de Salud y Bioética y Salud Ocupacional, basándose en un trabajo interdisciplinario que complementa la formación del médico familiar. Ofrece la modalidad de formación en servicio (Universidad Javeriana, s.f.).

  Incluye también grupos Balint con el objetivo de fortalecer el análisis de la relación médico-paciente y la reflexión durante la práctica médica (Universidad Javeriana, s.f.). Dentro de su currículo incluye formación en comunicación humana y organiza el desarrollo acadé-

mico por módulos que hacen énfasis en el cuidado de poblaciones específicas: mujeres, niños y adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores (Universidad Javeriana, s.f.).

- *Fundación Universitaria Juan N. Corpas*. Organiza su currículo por años, con rotaciones por las áreas clínicas básicas, como cirugía, pediatría, ginecología y medicina interna, así como sus subespecialidades; entre ellas, cardiología, gastroenterología, neumología, nutrición, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica, neurocirugía, ortopedia, urología, medicina comunitaria y psiquiatría. En cuanto al escenario de práctica, se ofrece el área de hospitalización, consulta externa, unidad de cuidados intensivos, sala de parto, unidad de cuidado básico en pediatría, unidad de cuidado intensivo neonatal y salas de cirugía. Llama la atención que no incluye áreas de fundamentación ni de gestión o de normatividad (Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2016).
- *Universidad de La Sabana*. Este programa basa sus objetivos de formación en las necesidades planteadas en la Ley 1438 y su énfasis en atención primaria. Incluye seminarios de fundamentación, formación investigativa, humanística y apoyo profesional (Universidad de la Sabana, 2011). Se ofrece en modalidad de residencia convencional y modificada (Ministerio de Salud y Protección social, 2015b).
- *Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*. En la primera mitad del Programa, se realizan las actividades de investigación y se ofrece el primer contacto con la medicina familiar; posteriormente se aborda la medicina interna con sus subespecialidades y las especialidades, como dermatología y oftalmología. En la segunda mitad, se hace énfasis en áreas como pediatría, adolescentes, ginecología, psiquiatría, geriatría y dolor. Además del programa clásico, se ofrece la modalidad de formación en servicio. Los estudiantes también reciben formación en diferentes áreas como bioética, gerencia, epidemiología, pedagogía y comunicación (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2014).

La mayoría de los programas vigentes no especifican los escenarios de rotación; sin embargo, lo habitual es centrarlos en urgencias, hospitalización, consulta externa en hospitales de altos niveles de complejidad y consultas en centros de atención primaria; esta última opción corresponde al 40 % de la formación (Salazar y París, 2015), y generalmente permite la participación en programas y acciones de promoción y prevención, pero sin articular las actividades de las atenciones de salud-enfermedad y promoción y prevención según el modelo propuesto. El otro 60 % corresponde a rotaciones en instituciones de tercer y cuarto nivel mediante un modelo organicista de supraespecialidades (Salazar y París, 2015). Así mismo, se ha evidenciado que el principal énfasis de conocimientos adquiridos durante la especialidad es clínico, siendo menor el aspecto comunitario y administrativo (Salazar y París, 2015). En cuanto al acompañamiento durante la formación, se cuenta en ocasiones con la supervisión de médicos familiares, y en otras, bajo la coordinación de algunas especialidades.

En 2014, representantes de los programas académicos vigentes, convocados por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, se reunieron y acordaron los aspectos centrales para la creación de un programa único de formación en medicina familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar

En el marco de la reforma al Programa Nacional de Salud, en junio de 2015, el Ministerio de Salud dio a conocer el Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar, que presenta un modelo al que los diferentes programas de Medicina Familiar deben adscribirse en un 70 %, con el fin de garantizar el derecho a la salud de toda la población colombiana. El 30 % restante puede ser definido por cada universidad. Esto

rige tanto para los programas existentes como para los que se encuentren en proceso de aprobación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Esta propuesta busca reducir los diferentes factores que confluyen en un sistema de salud que no cumple con la cobertura, el aseguramiento y la accesibilidad en la atención de los usuarios, a pesar de contar con las diferentes normatividades que regulan el derecho de la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social plantea un modelo de salud familiar que requiere el trabajo multidisciplinario, con la finalidad de mejorar tanto la atención como la resolutividad con la que se debe contar en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Para consensuar este programa único, se realizaron diversas actividades en cabeza del ministro de salud Alejandro Gaviria Uribe. Entre ellas, la orientación del diseño estructural y la definición del perfil de competencias para medicina familiar, lo que requirió la realización de talleres con delegados del Ministerio de Salud y de diferentes universidades; consultas de experiencias de médicos familiares; talleres internacionales de formación de formadores en medicina familiar; y encuentros nacionales y foros regionales. En conjunto, las actividades se dirigían a establecer el currículo de acuerdo con el perfil y las competencias con las que debe contar el médico familiar en Colombia, teniendo en cuenta las experiencias de programas similares en otros países y el impacto que estos han tenido. El documento evidencia que el Ministerio de Salud y Protección Social está convencido de que es necesario contar con médicos familiares para el desarrollo de la aps:

> […] para garantizar el adecuado desarrollo de las estrategias e iniciativas arriba planteadas el país requiere por lo menos 5000 médicos familiares y otro tanto de [sic] en salud en salud familiar y comunitaria (especialización dirigida a otras profesiones de la salud y de ciencias sociales); meta que se desea alcanzar en 10 años (Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b, pp. 16-17)

Los aspectos acordados en el programa único son los siguientes:

a. Duración del posgrado: tres años en modalidad presencial, con rango de 180 a 210 créditos. Comprende enfoques de salud familiar y comunitaria (SFC) basados en gestión y acompañamiento, fortalecimiento de la SFC con énfasis en políticas de salud, liderazgo en procesos, así como en gestión y fortalecimiento del Programa Único.
b. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS): concibe la atención primaria según lo indicado por la Ley 1438 de 2011 y se basa en los siguientes ítems: articulación de promoción y prevención, vinculación de entes territoriales, gestión territorial, condiciones para prestación de servicio y desarrollo de estrategias para garantizar la atención.
   Con este marco legal de atención, se generará un proceso para articular y promover planes que garanticen un enfoque integral en todos los niveles y procesos de atención en los que sea posible ofrecer atención primaria bajo el principio de universalidad. Dentro de estos planes se enmarcan las diferentes políticas, como el Plan de Intervenciones Colectivas, articuladas con los beneficios con que se cuenta en el POS, gracias a su actualización del 24 de diciembre del 2015.
c. Enfoque de salud familiar y comunitaria: se desarrollará basado en la formación con la que cuente el talento humano para solucionar problemas (enfocado en la situación social en la cual se esté desenvolviendo), conformando equipos multidisciplinarios (con especial énfasis en promoción y prevención), y mejorando la resolutividad de primer nivel; también permitirá la participación social e intersectorial.
d. Marco de salud: el médico familiar comprenderá la situación poblacional del país, su demografía y problemática. Actuará sobre las diferentes causas de mortalidad por edades y en las patologías diferenciales según su prevalencia e incidencia, así como sobre otros problemas que presente la población.

Teniendo en cuenta estos cuatro aspectos se diseñará un currículo unificado de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, y los microcurrículos de sus ocho componentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015):

1. *Clínicos:* corresponden entre 60 % y 70 % del total de créditos. Se centran en la atención médica en centros ambulatorios, de hospitalización y urgencias. La Tabla 4.3 presenta los componentes de esta clase.

Tabla 4.3. Componentes clínicos según el modelo único de formación de médicos familiares

Por fase del curso de vida y problemática	Tipo de prestador	Tipo de entorno en que se realiza la atención	Nivel de intervención
Niño	Prestador primario	Hogar	Promoción de la salud
Adolescente	Prestador complementario	Domiciliario	Prevención primaria
Adulto		Educativo	Prevención secundaria (tamización)
Mujer gestante / salud sexual y reproductiva		Comunitario	Prevención terciaria (tratamiento oportuno y rehabilitación)
Adulto mayor		Laboral	Prevención cuaternaria
		Institucional	Tratamiento
		Asistencial ambulatorio	
		Intrahospitalario	

Fuente: "Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar", por Ministerio de Salud y Protección Social.

2. *Psicosociales:* su propósito es formar a los egresados para que realicen la labor médica mediante empatía, con una buena relación médico-paciente desde un punto de vista biológico, psicosocial y espiritual con las personas, familias y comunidades, así como abordar las problemáticas psicosociales de la población asignada con los instrumentos de medicina familiar y las bases de la psicoterapia.
3. *Administrativos:* su eje es el desarrollo de competencias que permita al médico familiar realizar ajustes que garanticen la calidad en los escenarios de práctica y los servicios de salud, considerando las necesidades y características de la población.
4. *Epidemiológicos:* desarrollan la capacidad de análisis y vigilancia epidemiológica en las poblaciones asignadas.
5. *Investigativos:* se centran en la gestión del conocimiento y en metodología de la investigación. Se deben fortalecer competencias en la gestión del conocimiento en salud y medicina familiar y comunitaria, así como en la generación de conocimiento, apuntado a la mejora de la salud y calidad de vida de la población.
6. *Pedagógicos:* forman a los egresados para realizar educación e investigación de una forma didáctica y pedagógica acorde con el contexto social y cultural en que participan.
7. *De integración y articulación:* su propósito es generar liderazgo en el trabajo interdisciplinario, en pro de la salud individual y comunitaria; además, promueven la integración de la comunidad como factor en la gestión colectiva.
8. *Aclaración de las diferencias en la dedicación en tiempos y créditos académicos para cada una de las modalidades* (convencional, modificada o formación en servicio).

Las competencias y contenidos se visualizan en un modelo curricular hexagonal estructurado en torno a preguntas orientadoras: ¿Para qué enseñamos? ¿Qué enseñamos? ¿Cuándo enseñar? ¿Cómo enseñar? ¿Con qué enseñar? ¿Cómo evaluar los logros? (véase Figura 4.1).

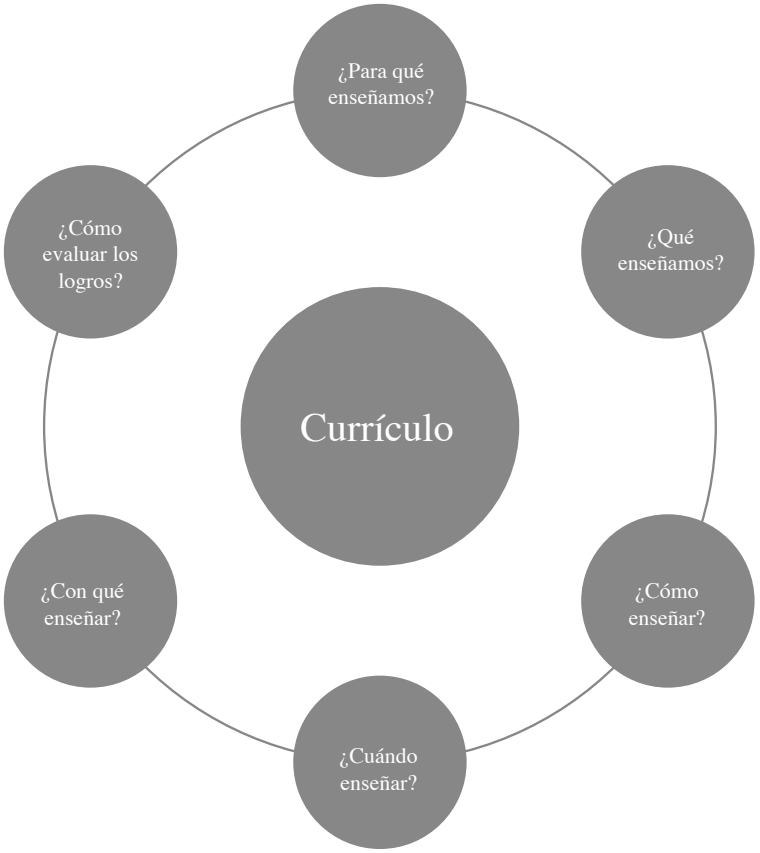


Figura 4.1: Modelo curricular del Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar

Fuente: Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar, 2015.

Este programa presenta adicionalmente cinco ejes curriculares básicos: fundamentos de medicina familiar, epistemología y filosofía del conocimiento médico (5 %); clínico (atención biopsicosocial espiritual) (60 %); trabajo con comunidades (10 %); investigación y educación (15 %) y gestión (10 %).

Lo anterior permitirá consolidar el perfil ocupacional del médico familiar, enunciado así:

> […] es un especialista clínico que lidera el cuidado primario de la salud desde el enfoque holístico y eco-sistémico de los determinantes sociales de la salud, centrado en la comprensión de las relaciones entre las personas, como seres biopsicosociales, las familias y sus comunidades, para contribuir a la reducción de inequidades en salud, con enfoque de curso de vida, según las etapas del ciclo vital, y la comprensión de la salud y la enfermedad como parte del proceso vital humano. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b, p. 41)

Los escenarios de práctica, por su parte, deben cumplir con los estándares básicos de acreditación, usar las guías de práctica clínica y formativa realizadas en conjunto entre la institución de salud y la de educación superior, así como utilizar un formato de información e historia clínica unificado que permita hacer un seguimiento adecuado de los pacientes atendidos. También se busca que estos escenarios se encuentren articulados dentro de las redes integrales de servicios en el modelo de salud familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeño

En Colombia, el médico familiar se encuentra capacitado para desempeñarse en los servicios de salud pública, prevención y detección de riesgos, y como coordinador de servicios de mayor complejidad (Rodríguez *et ál*., 2012). Cuenta con capacidades que le permiten actuar en promoción, prevención, curación y rehabilitación, resolviendo la mayoría de los motivos de consulta por su preparación en las patologías más frecuentes de tipo físico y mental agudo, infeccioso y crónico contagioso y no contagioso, haciendo un abordaje por problemas y riesgos. También está en capacidad de diseñar y desarrollar proyectos de investigación o desempeñarse como docente, combinando siempre las diferentes esferas de las ciencias sociales y naturales, y entendiendo al ser humano desde un enfoque biológico, psicológico, social y cultural (Rodríguez *et ál*., 2012).

Las instituciones en las cuales el médico tiene mayor representación familiar son las EPS pertenecientes al régimen contributivo; Sanitas, Compensar, Nueva Eps, Famisanar, Cafesalud y Javesalud entre otras. También tiene cabida en el régimen especial, haciendo parte de médicos asociados a las EPS del Magisterio, Ecopetrol y el dispensario de salud militar. Entre los programas que apoyan están la atención de patologías crónicas como EPOC, HTA, diabetes, enfermedades de alto costo y programas especiales (Rodríguez *et ál*., 2012). Además, en las IPS de Bogotá, hacen parte de una estrategia de apoyo a médicos generales en un modelo de grupos de intervención prioritaria, y prestan atención como especialidad interconsultada en municipios aledaños a Bogotá (Salazar y París, 2015).

Entre sus funciones figuran brindar acompañamiento y asesoría y apoyo a médicos generales; capacitarlos en temas de atención primaria; hacer seguimiento por medio de auditorías a historias clínicas; velar por el cumplimiento en indicadores de calidad en la atención; crear, imple-

mentar y seguir programas para atención de patologías específicas según la epidemiología de la población; ser médico tratante de pacientes con patologías de alto riesgo; desarrollar actividades de docencia e investigación con acompañamiento a estudiantes de pregrado y posgrado, además de desarrollar y actualizar guías de manejo. Por ejemplo, el médico familiar en Javesalud apoya a médicos generales y demás profesionales, al tiempo que se desempeña como coordinador y líder científico, docente de acompañamiento a estudiantes de pre y posgrado, y como médico tratante de pacientes de alto riesgo (Salazar y París, 2015).

En 2012, de 121 egresados de la Universidad El Bosque, 31,4 % desempeñaba cargos administrativos, 41,7 % ejercía como médico familiar en el área clínica, 9,0 % era docente de alguno de los programas académicos de la especialidad en el país, 4,96 % laboraba fuera en el exterior y 1,66 % había continuado en otros programas como endocrinología y neurología (Rodríguez *et ál*., 2012). Esto evidencia la situación de los egresados de la Universidad El Bosque, la cual, según lo revisado, se correlaciona con los ámbitos de desempeño de los egresados de otras universidades en Bogotá; sin embargo, no se ha publicado información sobre sus funciones en otras ciudades (Salazar y París, 2015). En total, en 2014 se contaba con 623 médicos familiares y cerca de 142 cupos anuales para ingreso al Programa en las diferentes instituciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

En Colombia, aunque el médico familiar no ha sido ubicado como puerta de entrada al sistema, las funciones que desempeña en diferentes ámbitos se traducen en mejores indicadores de control de patologías crónicas y alta resolutividad en atención primaria, así como disminución en tasas de hospitalización y en tasas de complicaciones de enfermedades crónicas. En la IPS Cafam, por ejemplo, se ha demostrado una reducción de la remisión a

diferentes especialidades y subespecialidades, entre las cuales se resalta psiquiatría (Rodríguez *et ál*., 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, el médico familiar colombiano es resolutivo, brinda apoyo a diferentes servicios, actúa como gestor entre los médicos generales y es articulador de la información de las diferentes patologías que presenta el paciente, y administra los recursos de modo eficiente, motivo por el cual debería ser la puerta de entrada de toda la población al sistema de salud. Sin embargo, entre los contratantes, algunos consideran que entregarle este rol a un especialista es muy costoso.

Síntesis

Colombia presenta un modelo de aseguramiento universal y solidario que contempla la salud como un derecho constitucional, lo cual asegura el acceso de toda la población a los servicios básicos. Este modelo se financia con múltiples ingresos que deben ser distribuidos de una manera equitativa para asegurar una óptima atención a cada población.

La descripción del sistema de salud colombiano y su respectivo análisis evidencian un estado actual de desintegración, con baja resolutividad en los primeros niveles, y fragmentación en la atención a los pacientes, a pesar de la promulgación de la Ley 1438 de 2011. El actual sistema de salud no cuenta con niveles primarios de atención como puerta de entrada efectiva. Además, el modelo presenta desarticulación entre promoción y prevención colectiva; por un lado, la prevención individual y el proceso de diagnóstico; por el otro, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación.

Ante esto, surge la necesidad de realizar cambios en el sistema de atención que permitan un abordaje más integral del paciente y una mejor distribución de los recursos, escenario en el cual es primordial contar con la participación de los médicos familiares. Un paso fundamental en esta dirección lo constituye la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que define la política de salud que recibirá la población en todo el territorio nacional, y propone un modelo integral de atención enfocado en la prevención para disminuir la carga de la enfermedad. Esta prevención debe integrarse en acciones individuales y colectivas, incluida la atención en caso de enfermedad, mediante diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y medidas paliativas a quienes lo requieran.

La puerta de entrada deberá ser el prestador primario, en donde es necesario tanto reforzar la calidad humana y tecnológica como disminuir las limitaciones administrativas para aumentar en este nivel el porcentaje de resolutividad, y así optimizar el uso de los recursos en los siguientes

niveles de complejidad. Sin embargo, para esto es importante empezar por aumentar el acceso a la salud, mejorar la calidad de la atención, fortalecer la estructura hospitalaria recuperando la confianza y percepción de los usuarios frente al sistema y, en especial, frente al prestador primario, así como garantizar la sostenibilidad del sistema. Con este fin, la Resolución 429 de 2016 propone dar especial importancia a las estrategias preventivas de medicina familiar y comunitaria, fortaleciendo el talento humano, el abordaje intercultural y la creación de estrategias para garantizar el acceso en todo el territorio nacional, todo esto como iniciativa de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y su Modelo Integral de Atención en salud (MIAS). Se espera que su implementación genere mejores oportunidades en la atención, lo cual beneficiaría tanto la relación médico-paciente como la visión que se tiene de cómo utilizar los diferentes servicios y los momentos en que se debe recurrir a ellos.

La formación que recibe el médico familiar colombiano en los diferentes programas académicos le da la capacidad de realizar actividades a todo nivel en favor de los pacientes, con los recursos necesarios y optimizando los que se tienen, siempre evaluando la mejor terapéutica. Este especialista cumple diferentes roles tanto clínicos como administrativos; sin embargo, aún falta consolidar su función en la puerta de entrada del sistema de salud. Al final del 2016, la PAIS y el MIAS no tienen aún un solo centro de prestacion de servicios que cumpla las características de una puerta de entrada resolutiva como lo requiere el modelo propuesto y, por lo tanto, no existe un escenario de práctica dirigido a formar el recurso humano dentro del esquema del nuevo modelo.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado de https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/co.html

Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J. y Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência e Saúde*, *16*(6), pp. 2817-2828.

Alvarado, L. C., Bermúdez, A. y Echeverría, A. (2015). *Caracterización de variables asociadas con las barreras de acceso en la atención materno fetal susceptibles de ser intervenidas con las tecnologías de la información y la comunicación: un modelo de atención primaria en salud desarrollado en la localidad* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Arias, L. (2007). Medicina Familiar en Colombia. *Aten primaria*, 39(4), pp. 207-208.

Asamblea Nacional Costituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Título 2, artículos 48 y 86. Bogotá, Colombia.

Barón, G. (2007). Gasto nacional en salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias. *Revista de Salud Pública*, *9*(2), pp. 167-179.

Chávez, N., Mosquera, M. y Solano, L. (2014). *Caracterización de barreras de acceso encontradas en la población de gestantes detectadas en el programa de salud a su casa en una localidad de Bogotá* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Decreto 1703 (2 de agosto de 2002), por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el sistema general de seguridad social en salud. *Diario Oficia*l n.º 44 893.

Decreto 1772 (3 de agosto de 1994), por el cual se reglamenta la afiliación y las cotizaciones del sistema general de riesgos profesionales. *Diario Oficial* n.º 41 477.

Decreto 2731 (30 de diciembre de 2014), por el cual se fija el salario mínimo legal. *Diario Oficial* n.º 49 380.

Decreto 3039 (10 de agosto de 2007), por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. *Diario Oficial* n.º 46 716.

Decreto 4747 (7 de diciembre de 2007), por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la poblacion a su cargo, y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 46 835.

Díaz, J., Gallego, B. y Durán, M. (2005). Caracterización del médico de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integra*l, *21*(5-6), pp. 1-7.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. (2014). *Posgrados medicina*. Recuperado de http://www.fucsalud.edu.co/index.php/es/presentacion-medicina-familiar

Fundación Universitaria Juan N. Corpas. (2016). *Fundación Universitaria Juan N. Corpas*. Recuperado de https://www.fucsalud.edu.co/es/posgrado/medicina-familiar

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública México*, 53(2), pp. 144-155.

Instituto Nacional de Salud. (2009). *Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2009*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20VSP%202009.pdf

Ley 100 (23 de diciembre de 1993), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 41 148.

Ley 1122 (9 de enero de 2007), por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 46 506.

Ley 1438 (19 de enero de 2011), por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 47 957.

Ley 90 (7 de enero de 1947), por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. *Diario Oficial* n.º 26 322.

Ley Estatutaria 1751 (16 de febrero de 2015), por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 49 427.

Mendoza, S., González, E., Quintero, L., Gaona, L., Castiblanco, A., Naranjo, E., *et ál*. (2016). *Percepciones de los usuarios del régimen de seguridad social en salud en la ciudad de Bogotá afiliados a empresas prestadoras de salud sobre el médico familiar* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Merlano, C. A. y Gobanev, L. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev. Gerenc. Politica Salud*, 12(24), pp. 74-86.

Ministerio de Salud de Colombia. (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf

Ministerio de Salud. (s.f.). *pospopuli.minsalud*. Recuperado de https://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/home.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Informe al Congreso de la República 2014-2015 sector administrativo de salud y protección social. Bogotá.

____. (2015b). Programa Único Nacional de la Especialidad en Medicina Familiar. Bogotá D.C., Colombia.

____. (2016a). *Modelo Integral de Atención en Salud*. Recuperado dehttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/20160216-presentacion-mias.pdf

_____. (2016b). *Politica de Atención Integral en Salud*. Recuperado dehttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Niveles de atención en salud en Colombia. (s.f.). Recuperado de http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

Organización Panamericana de la Salud. (31 de marzo de 2015). *Acerca de OPS Colombia*. Recuperado de OPS/OMS Colombia: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-de-ops-colombia&Itemid=122

Pérez, M. y Velásquez, A. (2008). *Modelos de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores* (trabajo de grado). Universidad CES, Medellín, Colombia.

Pineda, B. y Jerez, A. (2014). *Atención Primaria en Salud: Avances y retos en Colombia*. Tendencias de salud en Colombia, pp. 15-16.

Resolución 1552 (16 de mayo de 2013), por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 19 de 2012 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.° 48 792.

Resolución 412 (25 de febrero de 2000), por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica. [s.d.]

Resolución 425 (14 de febrero de 2008), por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial, y las acciones que integral el plan de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales. *Diario Oficial* n.º 46 902.

Resolución 429 (17 de febrero de 2016), por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. *Diario Oficial* n.º 49 794.

Resolución 4288 (20 de noviembre de 1996), por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 42 194.

Resolución 4505 (28 de diciembre de 2012), por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. *Diario Oficial* n.º 48 660.

Resolución 5925 (23 de diciembre de 2014), por la cual se fija el valor de la unidad de pago por cápita (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2015, se establecen las primas adicionales diferenciales y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 41 477.

Riveros, E. y Amado, L. (2012). Modelo de salud en Colombia: ¿Financieamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Gerenc. Polit. Salud*, *11*(23), pp. 111-20.

Rocha, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Revista CES Odontología*, *23*(1), pp. 67-70.

Rodríguez, M. (2009). *Hacia un hospital universitario* (documento inédito). Especialización en Medicina Familiar, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Rodríguez, M. (2011). *La medicina familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad El Bosque*. Bogotá: Kimpres Ltda.

Rodríguez, M., Bonivento, V. y Villadiego, M. (2012). *El programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto*. Bogotá: Editorial Scripto Ltda.

Ruiz, F. A. (2008). Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y analisis cualitativo de contratos. Bogotá: Ministerio de Salud y Proteccion Social.

Salazar, N. y París, V. (2015). *La Medicina Familiar en búsqueda de su lugar en el Sistema de Salud colombiano* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Sociedad Colombiana de Medicina Familiar. (2014). *SOCMEF*. Recuperado de http://socmef.com/socmef/

Tafur, L. A. (2011). Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. 4to Foro El Sistema de Salud en Colombia. Cali: Facultad de Salud / 2011-2030.

Universidad de la Sabana. (2011). *Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria*. Recuperado de Nuestro programa: https://www.unisabana.edu.co/programas/posgrados/facultad-de-medicina/especializacion-en-medicina-familiar-y-comunitaria/especializacionenmedicinafamiliarycomunitaria/

Universidad del Valle. (2015). *Facultad de Salud*. Recuperado de Especializacion en Medicina Familiar: http://medicina.univalle.edu.co/medicina-familiar

Universidad El Bosque. (2016). *Universidad El Bosque*. Recuperado de Especialización en Medicina Familiar: https://www.unbosque.edu.co/especializacion/medicina-familiar

Universidad Javeriana. (s.f.). *Pontificia Universidad Javeriana Bogotá*. Recuperado de Especialización en Medicina Familiar: https://www.javeriana.edu.co/especializacion-medicina-familiar

Vega, R. y Acosta, N. (junio de 2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Colombia. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.

Vega, R., Hernández, J. y Mosquera, P. (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde em Debate*, *34*(94), pp. 392-401.

Velandia, F., Ardon, N., Jara, M. I., Cárdenas, J. y Pérez, N. (2004). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE, 1997. *Salud Pública*, 5(1), pp. 46-58.

Lista de figuras

Figura 4.1. Modelo curricular del Programa Único Nacional
para la Especialización en Medicina Familiar 582

Lista de tablas

Tabla 4.2. Indicadores demográficos y de salud de Colombia
(2011-2014).....536
Tabla 4.3. Componentes clínicos según el modelo único de formación
de médicos familiares 584

Lista de siglas

CRIC: Consejo Regional Indígena del Cauca
Dane: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
EBAP: Equipos Básicos de Atención Primaria
EBAS: Equipos Básicos de Atención en Salud
Ecopetrol: Empresa Colombiana de Petróleos
EPS: Empresa Promotora de Salud
EPS-S: Empresa Promotora de Salud Subsidiada
Fosyga: Fondo de Solidaridad y Garantía
IBC: Ingreso Base de Cotización
ICSS: Instituto Colombiano de Seguridad Social
IPS: Institución Prestadora de Salud
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

PAB: Plan de Atención Básica
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
POS: Plan Obligatorio de Salud
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
Sivigila: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.
SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente
SOCMEF: Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
UPC: Unidad de Pago por Capitación

Ecuador

Diana Irene Téllez Vivanco

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

Ecuador, ubicado en la costa occidental de Suramérica, está bañado por el Océano Pacífico al oeste; limita al norte con Colombia y al sur y al este con Perú. Su territorio de 283 561 km^2 está dividido en 24 provincias. Se considera una república democrática descentralizada.

El idioma oficial es el español (93,0 %) y se hablan algunas lenguas indígenas como el quechua (4,1 %). Predomina la religión católica (95,0 %). Según el censo de 2010, la población estaba conformada por los siguientes grupos étnicos: mestizos (71,9 %), montubios (7,4 %), afroecuatorianos (7,2 %), amerindios (7,0 %), blancos (6,1 %) y otros (0,4 %). Según este censo, la población urbana (66 %) era mayor que la rural (34,0 %) (Agencia Central de Inteligencia, [CIA], 2014).

La distribución estimada para 2014 por grupos de edad era:

0-14 años: 28,5 % (hombres 2 275 448 / mujeres 2 184 706)

15-24 años: 18,6 % (hombres 1 478 184 / mujeres 1 439 288)

25-54 años: 38,9 % (hombres 2 968 757 / mujeres 3 124 938)

55-64 años: 6,9 % (hombres 544 097 / mujeres 562 326)

65 años y más: 6,7 % (hombres 514 549 / mujeres 562 118) (CIA, 2014).

Lo anterior indica que la mayor parte de la población es menor de 54 años y que la mayoría tiene entre 25 y 54 años. El grupo entre 0 y 14 años es similar al de Argentina (24,9 %) y al de Venezuela (28,2 %). El porcentaje de personas de 65 años y más es exactamente igual al de Colombia,

con un 6,7 % e inferior al de Argentina (11,4 %), Cuba (12,6 %) y España (17,6 %) (CIA, 2014). La tendencia poblacional ha cambiado por factores como la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, así como la migración (CIA, 2014).

La Tabla 4.4 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 4.4. Indicadores demográficos y de salud de Ecuador (2011-2015)

Indicador	Ecuador
Población total (miles)	15 654 411 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	45,0 (2012)[b]
Expectativa de vida (años)	76,2 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	18,4 [11,7-28,6] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	64 [57-71] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	18,87 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	5,04 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	1,72 (2011)[c]
Enfermeras por 1000 personas*	2,16 (2011)[c]

Gasto total en salud como % del PIB	7,5 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	52,3 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	8,5 (2013)[c]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	45,0 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	225 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras

n.v. nacidos vivos

PIB: Producto Interno Bruto

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.

[b] "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador" M. Naranjo.

[c] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.

Generalidades del sistema de salud

Antecedentes

En 1935 se creó el servicio médico del seguro social, actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y en 1967 el Ministerio de Salud Pública. Desde la década de los noventa, se intentaron diferentes reformas institucionales que buscaban prestar mejores servicios y una atención óptima a la población; por ejemplo, la reforma constitucional de 1998 incluyó una sección específica sobre salud (Econ, Villacrés y Henríquez, 2011). A pesar de esto, tanto la inestabilidad política como los intereses corporativos

y particulares llevaron al fracaso de estos intentos. Por ejemplo, durante la crisis política entre 1992 y 2006, el país tuvo ocho presidentes y aumentó la corrupción, la violencia social y la falta de continuidad en la gestión pública (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008).

Antes de la reforma de 2007, el sistema de salud era fragmentado, centralizado y desarticulado, con inequidad en la prestación del servicio de salud a los grupos más vulnerables de la población. El sector público se caracterizaba por la falta de recursos y la inestabilidad laboral, lo que se traducía en baja capacidad resolutiva con escasa supervisión por parte de los entes estatales en todos los niveles (OPS, 2008).

A partir del 2007, en respuesta a esta situación, el gobierno ecuatoriano inició una reforma estructural del Estado, que buscaba fortalecer las funciones de regulación, planificación, redistribución y control estatal para lograr el bienestar colectivo y el Buen Vivir (OPS, 2008). Por su parte, el Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsó un cambio estructural del sistema dirigido a centrar la atención en el ser humano y articular los diferentes ámbitos de la vida (económico, social, político, cultural, ambiental) en torno a la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar general.

La Constitución de 2008 estableció la salud como un derecho que debe garantizar el Estado y el marco jurídico para desarrollar el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, del cual hace parte el sector salud, y determinó los parámetros necesarios para su funcionamiento basado en los principios de universalidad y equidad. El marco jurídico, desde su concepción de integralidad, vincula la salud con otros derechos para sustentar el Buen Vivir mediante diferentes políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, con el fin de brindar acceso permanente, oportuno y sin exclusión al sistema para generar condiciones de vida saludables. El objetivo de estas intervenciones es fortalecer la producción y financiamiento público de los servicios sociales y lograr su gratuidad (Econ, Villacrés y Henríquez, 2011; Naranjo, 2013; MSP, 2012).

Estructura

El sistema de salud es mixto y cada institución del sector, pública o privada, mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio (OPS, 2008), lo cual genera fraccionamiento y segmentación. En 2007 estaban registradas 3847 entidades de salud; de estas, 80 % pertenecían al sector público y se distribuían entre el Ministerio de Salud, con 47 %, el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) con 24 %, y otros, como el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), con 10 %. Para ese año, el sector privado contaba con 20 % de los establecimientos, de los cuales 14 % correspondían a entidades con fines de lucro y el otro 6 % a organizaciones no gubernamentales. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en 2013 se observaba una tendencia similar en la distribución de los porcentajes para cada sector, aunque aumentó el número total de entidades, que pasó de 3847 a 4223 (INEC, 2013).

El sector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública (que, de acuerdo con la Ley Orgánica del 2006, es el ente regulador de la salud en el país) (Tejerina, 2014), por el IESS, el ISSFA y el ISSPOL. También incluye algunos entes privados como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y la Cruz Roja Ecuatoriana (OPS, 2008). En 2006 este sector estaba conformado en su mayoría por hospitales básicos (45,1 %), hospitales generales (39,0 %), especializados (14,8 %) y los de especialidad (1,1 %) (OPS, 2008). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013), la conformación no había cambiado en 2013, pero se evidenciaban ligeros aumentos en el porcentaje de la distribución: en los hospitales básicos pasó de 45,1 % a 49,4 %, en los generales de 39,0 % a 32,2 %, en los especializados de 14,8 % a 14,5 % y en los de especialidad de 1,10 % a 3,65 %.

El Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS), creado en 1928, es el mayor sistema de seguridad social del país y provee a sus afiliados cuatro tipos de seguros: de Pensiones, Seguro Social Campesino, de Salud Individual y Familiar, y de Riesgo Laboral. En general, en caso de enfermedad, ofrece a los beneficiarios asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral, incluidos los servicios de consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva, rehabilitación, hospitalización y atención médica domiciliaria. Además, compensa gastos médicos y de atención mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas (Econ *et ál*., 2011; Naranjo, 2013; OPS, 2008). La cobertura del IESS pasó de 26 % en 2008 a 40 % en 2012, debido a la inclusión de los cónyuges y los hijos menores de 25 años. Además, en ese mismo periodo, la cobertura del ISSFA y del ISSPOL se redujo de 1,4 % a 0,9 %; también bajó en el sector privado, de 1,3 % a 0,4 % (Econ *et ál*., 2011; Naranjo, 2013).

En 2010 el sector privado estaba conformado por entidades sanitarias con y sin fines de lucro, como hospitales, clínicas, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada, y algunas organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y con carácter social, como organizaciones no gubernamentales, organizaciones populares de servicios médicos y asociaciones de servicio social, entre otras, que representaban entre 15 % y 20 % del sistema (Econ *et ál*., 2011). El Ministerio las registra y les otorga permiso de funcionamiento. Algunas tienen contratos con el IESS, el ISSFA y el ISSPOL; otras prestan sus servicios a poblaciones con capacidad de pago. Reúnen diez mil consultorios médicos particulares, la mayoría ubicados en las principales ciudades, con infraestructura y tecnología elemental, así como empresas de medicina prepagada que cubren menos de 2 % de la población perteneciente a los estratos de medianos y altos ingresos (Econ *et ál*., 2011).

Financiación

La Constitución, en su Artículo 366, estipula que "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud" (Constitución de la República de Ecuador, 2008). De conformidad con lo anterior, la financiación del Seguro General Obligatorio (SGO), a partir de la entrada en vigencia de la Ley de Seguridad Social de 2001, proviene de tres fuentes: aportes de los afiliados para cada seguro, pagos patronales y contribuciones obligatorias del Estado.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se financia con los aportes obligatorios de los afiliados (hasta 10 % del salario) y los estatales. El Seguro Social Campesino recibe el aporte de los empleadores y afiliados al SGO, la contribución obligatoria de seguros públicos y privados, el aporte a familias protegidas, que es aproximadamente diez dólares por año, las contribuciones del Estado y otros pagos suplementarios asignados por la rama ejecutiva. En el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, los retirados contribuyen con 2,5 % de su pensión. En el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas los beneficiarios del asegurado deben hacer un copago de 30 % del costo de los servicios recibidos.

La Constitución Política de 2008, en su Artículo 362, eliminó los costos de las consultas médicas y dio acceso de forma gratuita a los medicamentos esenciales; por tanto, no existe ninguna forma de copago en la red de servicios públicos. En caso de solicitar un servicio que la red no puede prestar, este se solicita mediante un convenio con instituciones privadas adscritas. Sin embargo, a pesar de la medida, persiste un alto gasto privado centrado en el gasto de bolsillo. En 2011 este fue de 59 % (Econ *et ál*., 2011; Tejerina, 2014).

Para ampliar la cobertura, el gobierno central dispuso un aumento del presupuesto en el sector salud, que pasó de USD 115,5 millones en

2000 a USD 561,7 millones en 2006. En la última década, el porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central y del PIB se incrementó de 2,7 % a 6,6 %, en el primer caso; y de 0,7 % a 1,4 % en el segundo. En 2011 el gasto total en salud fue de aproximadamente USD 1,5 miles de millones (332 per cápita); 41 % (USD 4,8 miles de millones) provino de fondos públicos, que representó 6,0 % de los gastos públicos totales; en este mismo año, 65,0 % del gasto se destinó a infraestructura, equipamiento y mantenimiento, mientras que 18,0 % se destinó a personal. En el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir 2013-2017, se propone la meta de elevar la financiación en salud hasta 3,7 % del PIB para el 2017 (OPS, 2008; Tejerina, 2014).

Modelo de atención y de prestación de servicios

En 2015 los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública están organizados en tres niveles de complejidad: el primero constituye la puerta de entrada, está ubicado en los diferentes distritos de salud, brinda atención integral a la familia, al individuo y a la comunidad, cuenta con capacidad de resolución de las necesidades básicas de salud y hace énfasis en la promoción y prevención. El segundo nivel es de referencia inmediata para el primero; ofrece atención especializada, servicios de hospitalización, programas de cirugía ambulatoria y el servicio de Hospital de día. El tercero es el de mayor complejidad científica, es de referencia nacional y atiende los problemas de salud de alta complejidad con la más alta tecnología; cuenta con unidad de cuidados intensivos, subespecialidades médicas y con la capacidad de realizar todo tipo de trasplantes y cirugías de máxima complejidad. Además existe el servicio de atención prehospitalaria que ofrece atención en el sitio de ocurrencia del evento y tiene como objetivos preservar la vida y disminuir las complicaciones como riesgos de invalidez y muerte (Naranjo, 2013; MSP, 2012) .

De acuerdo con el gobierno del presidente Rafael Correa, las políticas de salud basadas en conceptos neoliberales y en el modelo de desarrollo economicista fueron un completo fracaso y llevaron al sistema a un incremento desmesurado de la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Por esto, desde 2007, el Ministerio de Salud impulsó el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC), que se incorporó a la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) como su eje principal. Se espera que con este modelo el énfasis se desplace de lo curativo, lo hospitalario y lo individual hacia lo preventivo (MSP, 2012).

Este modelo responde a las nuevas demandas de salud del país, a los cambios demográficos y epidemiológicos, así como a la necesidad de superar las brechas en el acceso a los servicios integrales de salud y de fortalecer los diferentes niveles de atención. Está basado en el criterio de evitar la enfermedad de acuerdo con cada grupo etario mediante intervenciones preventivas en los diferentes grupos poblacionales, sustentadas en los criterios de ciclos de vida familiar e individual, grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República del 2008, y grupos de personas expuestas a condiciones de riesgo laboral, ambiental y social (MSP, 2012). Este modelo está estructurado de conformidad con la Constitución Política y el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir que determinan que la APS debe ser la base del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública Integral de Salud (MSP, 2012).

De conformidad con las nuevas orientaciones en la política de salud, se determinó que la atención se prestaría con dos enfoques:

a. *Individual:* proceso centrado en el paciente, que permite un abordaje multidimensional al tener presente los aspectos biológicos y las relaciones emocionales, espirituales, sociales, culturales y ambientales (MSP, 2012).

b. *Familiar:* asigna a la familia un rol importante y privilegiado para el cuidado de la salud; esto implica analizar a cada uno de sus miembros para detectar de manera oportuna los problemas y factores de riesgos; el médico de familia y en general el equipo de salud son los responsables de identificar las necesidades y realizar las intervenciones necesarias para ofrecer una atención integral que a la vez promueva el autocuidado (MSP, 2012).

Para implementar este modelo, en 2009 se decidió diseñar la estrategia de crear Distritos Integrales de Salud como parte primordial del desarrollo de la estrategia basada en APS, que comprende tanto la red pública como la privada. Los Distritos constituyen la puerta de entrada al sistema y ayudan para que la mayor parte de las necesidades de salud de la población se atiendan en instituciones que cuenten con la infraestructura, el equipamiento y el recurso humano que demanda el sistema. De esta manera, contribuyen a la integración de todos los niveles de complejidad y actores del sistema de salud.

Los objetivos prioritarios del Modelo de Atención Integral de Salud son: integrar y afianzar la estrategia de APS-R en los tres niveles de complejidad de atención, orientados a la prevención y la promoción de la salud; consolidar los resultados institucionales para llegar a resultados de impacto social; incrementar el éxito de los programas y políticas para disminuir la mortalidad materna, neonatal e infantil, causadas por la pobreza y la desigualdad; identificar, organizar, racionalizar y coordinar la oferta de programas y servicios existentes para cada una de las etapas del ciclo de vida; estudiar y analizar el costo/beneficio de los programas que actualmente existen para atender con éxito las diferentes fases del ciclo de vida de los individuos y familias, al identificar las brechas de insatisfacción (cobertura regional y tipo de servicio); planear de manera objetiva las acciones de mejoramiento de las situaciones que causen efectos adversos sobre la salud de los individuos y las familias; optimizar la accesibilidad a los servicios de

salud, sobre todo de las personas con mayor vulnerabilidad; y fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención en salud y su integración funcional con los niveles II y III (MSP, 2012).

En los países donde se considera que la APS es la estrategia y la medicina familiar la herramienta para lograr una óptima atención en salud, se ha observado que la implementación de un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario reduce el gasto sanitario, fomenta la racionalización del uso de los servicios, mejora el estado de salud de la población y favorece una relación estrecha entre la APS y la medicina familiar (Macinko, Montenegro, Nebot y Etienne, 2007; Mata, León y Consuelo, 2011; MSP, 2012).

Sin embargo, los equipos de APS, denominados Equipos de Atención Integral de Salud en Ecuador, aún no se han establecido por completo como la puerta de entrada fuerte que requiere la organización para que el sistema funcione adecuadamente. Aunque llevan tres años, aún conviven prácticas y modelos nuevos y antiguos que requieren adaptación de servicios, personal, estructuras y culturas organizacionales (Tejerina, 2014).

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

El país cuenta con la especialidad de Medicina Familiar desde 1987, año en que la Universidad Católica de Cuenca abrió el primer programa. Poco tiempo después, la Pontificia Universidad Católica hizo lo mismo, y desde 1998 la Universidad Central del Ecuador también la oferta.

En 1988 se fundó la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, reconocida como una sociedad científica sin fines lucrativos y constituida mediante Registro Oficial n.o 238 del 21 de julio de ese año. La Sociedad es miembro fundador de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y miembro activo de la Organización Mundial de Médicos de Familia (Romero, Díaz, Tinoco y Valle, 2006; Mata *et ál*., 2011).

A pesar de que la medicina familiar lleva 27 años de existencia en Ecuador y ha graduado hasta el 2011 alrededor de 200 especialistas, solo se reconoció como especialidad médica en 2009. Es de anotar que al inicio las especialidades tradicionales se mostraron renuentes a aceptar a sus egresados (Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011; Mata *et ál*., 2011).

El déficit calculado de médicos familiares hasta 2013 era de 5269, con una razón del 0,01 de médicos generalistas con especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por mil habitantes. Ante esta situación, el Ministerio creó un programa de becas en medicina familiar y comunitaria mediante un convenio con ocho universidades para formar 5000 especialistas hasta 2017. Dichas instituciones son Universidad de Cuenca, Universidad Nacional de Loja, Universidad Central del Ecuador, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad de Guayaquil, Universidad Santiago de Guayaquil, Universidad del Azuay y Universidad San Francisco de Quito. En el otorgamiento de becas se privilegia a los profesionales de zonas marginadas y deprimidas (Tejerina, 2014).

De acuerdo con notas periodísticas, la inversión realizada a septiembre de 2013 era de 30 millones de dólares para la capacitación de recurso humano, incluido el aporte de médicos formados en Cuba. Con esto se ha aumentado el interés en la especialidad; sin embargo, la demanda aún no es suficiente. Se estima que se requieren 60 millones de dólares para desarrollar investigación en APS (León, 2013).

Versiones periodísticas se refieren a aproximadamente 600 médicos familiares en formación en el año 2014, en desarrollo de la primera fase con el apoyo de 200 médicos generales integrales cubanos. (El Comercio,

2014a; El Comercio, 2014b; Ecuadorinmediato.com, 2013). Se espera que para el año 2016 se hayan graduado 112 médicos familiares ecuatorianos del programa conjunto con Cuba (Redaccionmedica.ec, 2015).

Características del programa académico

Ocho universidades ecuatorianas y la Misión Médica Cubana diseñaron la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Establecieron como parámetro de formación el modelo de atención integral en salud. Por tanto, el currículo tiene como finalidad primordial responder a la realidad epidemiológica del país y de la comunidad mediante un enfoque que tenga en cuenta sexo, cultura y entorno (Ortiz y Gafas, 2012).

Las instituciones participantes suscribieron acuerdos relacionados con duración del programa, compromiso estatal en la atención, organización de las unidades curriculares y del plan de estudios, y definición de los ejes de formación, los créditos para todo el programa y el perfil profesional, así como los requisitos de ingreso y graduación. Estos aspectos se explican a continuación:

a. *Duración del programa:* mínimo tres años.
b. *Compromiso estatal con la atención:* el Estado se compromete con la infraestructura necesaria que permita desarrollar el posgrado con calidad.
c. *Organización de unidades curriculares por asignaturas:* el currículo tiene un componente básico, que incluye la educación en el trabajo para generar un perfil profesional idóneo. Esto se logra por medio de una serie de actividades docentes-asistenciales específicas como consulta médica, interconsultas, guardia médica, visitas médicas al hogar de los pacientes, discusión de casos clínicos, trabajo en conjunto con enfermería, actividades clínico-radiológica y clínico-pato-

lógica, análisis de la situación de salud, así como revisión de estadísticas-epidemiológicas de la comunidad y sus centros de salud. Estas actividades se desarrollan en todos los niveles de atención de los diferentes servicios e instituciones del Sistema Nacional de Salud (Martínez y Zayas, 2013; Ortiz *et ál*., 2012).

d. *Ejes de formación:* se definieron dos ejes, el diacrónico y el sincrónico. En el primero se contemplan la formación integral, relacionada con aspectos epistemológicos, filosóficos, de investigación y con gran sentido crítico, que permitan enfrentar los problemas del individuo, la familia y la comunidad mediante un enfoque biopsicosocial y ecológico con énfasis en:

- Salud familiar y comunitaria: se relaciona con los principios conceptuales de la disciplina y sus instrumentos en el contexto de la APS como estrategia base del MAIS.
- Profesional: corresponde con todas las competencias necesarias para el ejercicio de la profesión, según lo establecido en el perfil profesional.
- Investigación, docencia, gestión y servicio: contribuye con competencias para la transformación de la realidad de la salud (Ortiz *et ál*., 2012).

En el eje sincrónico, se incluyen: Introducción a la comunidad, Familia en formación y familia que espera, Familia con niños y adolescentes, Familia con adultos jóvenes, Familia con adultos medianos y maduros, y Familia con adultos mayores (Ortiz *et ál*., 2012).

e. *Estructura curricular:* 156 créditos para todo el programa y 26 por nivel, distribuidos en las siguientes áreas: Determinantes Sociales, Biomédica, Docencia, Gestión y Servicio, e Investigación, que no tiene créditos, ya que hace parte de la formación (Ortiz *et ál*., 2012).

f. *Misión y perfil profesional:* formar médicos familiares que el país necesita para prestar una atención médica integral, continua, eficiente y efectiva al ser humano, su familiar y la comunidad en los diferentes subsistemas de salud (Martínez y Zayas, 2013; Ortiz *et ál*., 2012).

g. *Requisitos de ingreso*: ser médico graduado en una universidad ecuatoriana o extranjera, y que haya completado su año rural (Martínez y Zayas, 2013; Ortiz *et ál*., 2012).

h. *Requisitos de grado:* para obtener el título se requiere haber aprobado 156 créditos, realizar un trabajo de investigación aplicada y presentar una disertación oral ante un tribunal compuesto por tres profesores de la Facultad de Medicina (Martínez y Zayas, 2013).

i. *Estrategias didácticas:* incluyen aprendizaje basado en problemas, educación en el trabajo e instrucción. Esta última se desarrolla entre 20 % y 30 % del tiempo y comprende tanto rotaciones en el hospital en las cuatro especialidades: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y emergencias, como rotaciones por centros de 24 horas, centros especializados y centros de medicina familiar, que deben contar con un médico rural o un médico itinerante, además de investigación y acción participativa (Ortiz *et ál*., 2012)

j. *Competencias:* se espera que los egresados estén en capacidad de

    1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud y velar por la accesibilidad geográfica, cultural y económica;
    2. Atender a personas con cualquier problema de salud sin límite de edad, sexo, condición social y complejidad de su problema;
    3. Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos que lo necesiten;
    4. Usar de manera eficiente los recursos de APS y mostrar alta resolutividad;

5. Abordar los problemas de salud del individuo y la familia en sus áreas física, psicológica, social, cultural y existencial, priorizando lo comunitario como su campo de acción;
6. Mantener una relación de continuidad con el paciente y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida;
7. Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de problemas agudos y crónicos;
8. Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar;
9. Mantener y coordinar la atención de los pacientes en la consulta, servicio de urgencias, y hospitalización según lo requiera;
10. Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes;
11. Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio (Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011).

Contraste con un programa clásico de la especialidad de medicina Familiar y Comunitaria de Ecuador

El programa de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, en contraste con el anterior programa que cuenta con el apoyo cubano, tiene algunas diferencias que se resaltan a continuación. Mientras el programa con apoyo cubano tienen 156 créditos, este hace referencia a 260 créditos, las competencias básicas en las que hacen énfasis son: el médico familiar y comunitario como comunicador, docente de sus pacientes, familias, equipo de salud y de la comunidad y colegas, capacidad de realizar una lectura crítica de la realidad que enfrenta para plantear soluciones, capacidad para realizar el cuidado directo y resolver

los problemas del 80 % de los 290 principales problemas que se encuentran a nivel ambulatorio con un enfoque biopsicosocial. Cada uno de los seis niveles de este programa contempla los ejes de Salud Familiar niveles I a VI, Medicina Familiar niveles I a VI, Investigación y gestión de salud niveles I a VI (Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2013).

Medicina familiar y atención primaria de salud

Ámbitos de desempeño

El médico familiar en Ecuador es un profesional competente para brindar atención individualizada al paciente y puede ejercer su rol de vigilante de la salud comunitaria. Posee formación científica y tecnológica amplia, sin perder su calidad humana, importante para mantener una adecuada relación médico-paciente y un contacto cercano con la comunidad (Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011).

Una de sus funciones es ser la puerta de entrada al sistema de salud. Por esta razón, debe demostrar excelencia clínica, destrezas para realizar procedimientos menores o de consultorio (procedimientos mínimamente invasivos) y amplia experiencia en las áreas de consulta externa, consulta domiciliaria, atención comunitaria, geriátrica, hospitalización y urgencias (Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011). Es un profesional con un gran campo de acción en los contextos rural y urbano, promueve la calidad de vida según el ciclo vital individual y familiar, y además, coordina la atención en consulta, así como el servicio de urgencias (Mata *et ál*., 2011).

Una de sus funciones es ser la puerta de entrada al sistema de salud. Por esta razón, debe demostrar excelencia clínica, destrezas para realizar procedimientos menores o de consultorio (procedimientos mínimamente invasivos) y amplia experiencia en las áreas de consulta externa, consulta domiciliaria, atención comunitaria, geriátrica, hospitalización y urgencias

(Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011). Es un profesional con un gran campo de acción en los contextos rural y urbano, promueve la calidad de vida según el ciclo vital individual y familiar; además, coordina la atención en consulta, así como el servicio de urgencias (Mata *et ál*., 2011).

El médico familiar se desplaza en una disciplina horizontal que le permite compartir los contenidos y destrezas de otras especialidades. Esto le ayuda a formar equipos de atención multidisciplinarios para trabajar en redes (Mata *et ál*., 2011). En su labor integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (biopsicosocial o integral), lo cual le da capacidad de resolver hasta en un 90 % los problemas de salud, al proporcionar cuidados continuos e integrales al individuo, su familia y su comunidad (Taylor, 2006). También se describe como el intercesor, abogado del paciente y profesional con una amplia capacidad de liderazgo, con conocimiento de la realidad y las políticas de salud del país, preocupado por entender el contexto de los problemas, y en esa medida trabaja en la búsqueda de soluciones idóneas y costo-efectivas (Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011).

El médico familiar en Ecuador se desempeña fundamentalmente en las áreas de urgencias, consulta externa y hospitalización del primer nivel, aunque una minoría ejerce en el segundo y el tercer nivel de atención en concordancia con uno de los objetivos trazados en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud: prestar un servicio integral y de calidad en el tercer nivel. También se evidencia que el médico familiar puede incrementar su acción en zonas rurales, como se demuestra cuando el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social busca redefinir el perfil de los médicos de atención primaria en escenarios como los dispensarios rurales del seguro social campesino mediante un acuerdo con la Universidad Pontificia del Ecuador.

Según los datos de Mata *et ál*. (2011), hasta 2011, 95 % de los egresados de la especialidad ejercían como médicos familiares y una minoría laboraba como docente; 98 % trabajaba en entidades privadas y el resto en

instituciones públicas. Para esa época la presencia del médico familiar se veía principalmente en zona urbana.

Medicina familiar y atención primaria de salud

La medicina familiar es la base de la red pública y del sistema, porque la salud no es solo la curación de enfermedades sino su prevención, la promoción de la salud, el estudio de la interculturalidad y la determinación social. De acuerdo con el doctor Edgar León, presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar en 2013, este es un tiempo inédito en que renace la esperanza para la docencia y los servicios de salud, con acciones sobre la determinación social de los problemas alimenticios, los embarazos adolescentes, el alcoholismo y otros, los que, con la acción colectiva de la propia población, con el respaldo de un Estado que propicie el Buen Vivir, pueden controlarse. Con 18 000 nuevos médicos, 1582 centros, 163 hospitales y 24 especialidades se logrará la red de lo curativo, pero solo con la medicina familiar se inicia la construcción del sistema que previene y promueve la salud (León, 2013).

La especialidad cada vez es más importante en los niveles primario y secundario de atención del sector privado. Por su parte, el sector público la incluye en sus planes y programas a pesar del déficit de profesionales (Romero *et ál*., 2006). Por ejemplo, a partir de la Resolución 308 de marzo de 2010, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) desarrolla su modelo de atención basado en medicina familiar tanto para el Seguro General de Salud Individual y Familiar como para el Seguro Social Campesino, con el fin de garantizar la universalidad y la eficiencia de la atención de salud, con enfoque individual, familiar y comunitario (Mata *et ál*., 2011; Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011). El IESS es la institución con el mayor número de médicos de familia y tiene comprometida una considerable

inversión económica para formar a los profesionales de atención primaria de los dispensarios rurales con un enfoque de salud familiar, en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Mata *et ál*., 2011; Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011). Además, viene realizando cambios en las estructuras de sus unidades médicas del primer nivel mediante la inclusión de más médicos familiares, con el propósito de dar seguimiento a la salud del paciente durante todas las etapas de su vida, tanto a nivel familiar como social (IESS, 2012).

Finalmente, en Ecuador se cuenta con una visión optimista de las posibilidades de una atención primaria que sea más eficiente, más equitativa y de calidad, a pesar de que aún existe un ambiente adverso donde todavía en algunos casos no se tiene en cuenta el desempeño del médico familiar como parte del equipo de salud (Henríquez y Sánchez del Hierro, 2011).

Síntesis

El gobierno de Ecuador, consciente del fracaso de su política de salud, se propuso pasar de un modelo curativo a uno preventivo, donde la APS es la base primordial para mejorar la prestación de servicios y ofrecer atención en salud de calidad a toda la población. Por esta razón, ha emprendido acciones para lograr que el nuevo modelo de salud funcione, como son la formación masiva de recursos humanos para la atención primaria, la reestructuración de las redes y la inversión económica en los servicios de primer contacto.

Los médicos familiares son los llamados a ser el motor de la APS, ya que son capaces de resolver hasta en un 90 % los problemas de salud, al proporcionar cuidados continuos e integrales al individuo, su familia y su comunidad. Sin embargo, su déficit es palpable. Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado políticas educativas que involucran a las universidades y las instituciones de salud, y ha suscrito convenios internacionales, especialmente con Cuba, para superar esta crisis. El modelo de becas para especializarse en medicina familiar es una muestra fehaciente de ello, con lo cual se busca impactar positivamente la salud de la población al incrementar la formación del recurso humano.

La medicina familiar ha ido ganando el reconocimiento de las otras especialidades desde el 2009, y en instituciones como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Sin embargo, todavía no es suficiente para motivar el ingreso de suficientes aspirantes. Se espera que el médico familiar ecuatoriano se posicione como el actor principal del primer nivel de atención en salud tanto en la zona urbana como rural, y que tenga la capacidad de interactuar en los demás niveles de atención, tanto en el ámbito asistencial como en el docente. Se han hecho estimados acerca de la inversión en formación de recurso humano que se requiere para la implementación del modelo que ya se ha empezado a ejecutar desde septiembre de 2013. La inversión se estima en 30 millones de dólares.

Bibliografía

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ec.html

Constitución de la República de Ecuador. (2008). Recuperado de https://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf

Econ, R. L., Villacrés, N. y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, supl. 2, S177-S187. Recuperado de http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5039/10028

Ecuadorinmediato.com (2013). Ecuador requiere unos 5.000 médicos familiares, confirma director de Atención Primaria del MSP (audio). Recuperado de http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=205886&umt=medicos_familiares_cubanos_ganaran_unos_2600_dolares_al_llegar_al_pais_confirma_director_atencion_primaria_del_msp_audio.

El Comercio. (2014a). 600 médicos se forman en medicina familiar. Recuperado de https://www.elcomercio.com/tendencias/medicos-familiares-se-forman-apoyo.html

El Comercio. (2014b). Médicos familiares se forman con apoyo cubano. Recuperado de https://www.elcomercio.com/tendencias/medicos-familiares-se-forman-apoyo.html

Henríquez Trujillo, R. S. y Sánchez del Hierro, G. (2011). La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: Una tarea en proceso. *Revista Médica Vozandes*, 22. Recuperado de http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=92574&id_seccion=5264&id_ejemplar=9081&id_revista=340

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Anuario de estadísticas de Salud*: Recursos y actividades 2013. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-recursos-y-actividades-de-salud/

León, E. (2013). Médicos familiares y sistema de salud. Recuperado de https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/columnistas/1/medicos-familiares-y-sistema-de-salud

Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C. y Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, *21*(2/3). Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf

Martínez, F. y Zayas, M. (2013). Factores que influyen en la formación de residentes de medicina general integral en Ecuador. *EDUMECENTRO*, 5(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000200009

Mata, H., León, E. y Consuelo, D. (2011). Calidad de vida de los médicos familiares que residen en el Ecuador. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000200009

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de atención integral del sistema nacional de salud. Recuperado de https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/50311/mod_resource/content/0/Modulo_2/manual_mais_2013_pg37_50.pdf

Naranjo, M. (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador*. Recuperado de https://www.cepal.org/es/publicaciones/4097-sistemas-proteccion-social-america-latina-caribe-ecuador

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Ecuador_2008.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Global Health Observatory (GHO)* data. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.home

Ortiz, M., Jiménez, J. y Gafas, C. (2012). Nuevo programa de medicina familiar y comunitaria en Ecuador. Participación de la Misión Médica Cubana. *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*. Recuperado de http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/1729/742

Redaccionmedica.ec (2015). Cuba especializará a médicos de Ecuador en Medicina Familiar. Recuperado de http://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/cuba-especializar-a-112-m-dicos-ecuatorianos--86761

Romero, N., Rivadeneira, F., Icaza, L., Inuca, V., Flores, O. y Palacios, E. (2009). Características de las consultas que realizan las familias de un barrio marginal de Quito a una unidad de medicina familiar. *Revista Médica Vozandes*, *20*(1). Recuperado de http://graal.uab.es/PDF/Caracteristicas_consultas_familias_Quito.pdf

Romero, N., Díaz, R., Tinoco, E. y Valle, M. (2006). La medicina familiar en Ecuador. *Atención Primaria*, *38*(9), p. 516.

Subdirección de Comunicación del IESS. (2012). Médicos familiares del IESS realizan visitas domiciliarias en la Ecuatoriana al sur de Quito

Recuperado de http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=-Noticias&func=news_user_view&id=177743

Taylor, R. B. (2006). Medicina de familia, principios y prácticas. *Salud Digital, 6*. Recuperado de https://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_4.pdf

Tejerina, H. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Ecuador*. www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[325]pdf: www.isags-unasur.org.

Lista de tablas

Tabla 4.4. Indicadores demográficos y de salud de Ecuador (2011-2015) 604

Lista de siglas

APS-R: Atención Primaria de Salud Renovada
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
MAIS-FC: Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural
MSP: Ministerio de Salud Pública
SGO: Seguro General Obligatorio

Perú

Jenny Astrid Duran Lozanoz

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Contexto del sistema de salud

Características generales del país

La República del Perú se encuentra situada en la parte central y occidental de Suramérica. Limita al norte con Ecuador y Colombia, al sur con Chile, al oeste con el Océano Pacífico y al este con Brasil y Bolivia. Tiene un área de 1 258 216 km^2 y cuenta con 24 departamentos que se subdividen en 179 provincias, así como con una provincia constitucional (PerúInfo, 2014).

Al igual que Uruguay y Venezuela, el país tuvo un crecimiento poblacional acelerado entre 1982 y 2014, situación que generó procesos de urbanización y la movilización de los más vulnerables y pobres hacia la periferia. Este es un país multilingüe y pluricultural. El grupo étnico de mayor proporción es el amerindio (45,0 %), seguido del mestizo (37,0 %) y el blanco (15,0 %). Otras etnias conforman 3,0 % de la población. Tiene tres idiomas oficiales: español (84,1 %), quechua (13,0 %) y aimara (1,7 %). Se hablan también otras lenguas nativas (0,7 %) y se utiliza el lenguaje de señas (0,2 %). Con respecto a la religión, 81,3 % de la población es católica (CIA, 2014).

En julio de 2014 tenía una población estimada de 30 147 935 habitantes y una tasa de crecimiento promedio anual de 1,13 %. La distribución estimada para el año 2014 por grupos de edad era la siguiente:

- 0-14 años: 27,3 % (hombres 4 184 330 / mujeres 4 040 096)
- 15-24 años: 19,2 % (hombres 2 894 168 / mujeres 2 889 409)
- 25-54 años: 39,4 % (hombres 5 715 542 / mujeres 6 161 540)
- 55-64 años: 7,3 % (hombres 1 071 688 /mujeres 1 125 100)
- 65 o más años: 6,9 % (hombres 979 854 / mujeres 1 086 208) (CIA, 2014).

El porcentaje de población peruana menor de catorce años es similar al de Colombia, Venezuela y Uruguay. El porcentaje de adultos mayores de 65 años coincide con el que presentan Colombia y Venezuela, pero es inferior respecto Uruguay (13,6 %) y España (17,6 %) (CIA, 2014).

La Tabla 4.5 relaciona algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 4.5. Indicadores demográficos y de salud de Perú (2012-2015)

Indicador	Perú
Población total (miles)	30 147 935 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	EsSalud: 27,0 RS: 49,0 (2015)[b]
Expectativa de vida (años)	75,5 (2015)[c]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	13,1 [10,6-16,6] (2015)[c]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	68 [54-80] (2015)[c]
Tasa de natalidad por 1000 habitantes	18,57 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	5,99 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	1,13 (2012)[c]

Enfermeras por 1000 personas*	1,51 (2012)[c]
Gasto total en salud como % del PIB	5,3 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	58,7 (2013)[c]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	14,7 (2013)[c]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	34,9 (2013)[c]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	208 (2013)[c]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras
EsSalud: Seguro Social de Salud
n.v.: nacidos vivos
PIB: Producto Interno Bruto
RC: Régimen Contributivo

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.
[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.
[c] "Ser médico de familia en Perú", M.F. Cuba y F. Aguilera.

Generalidades del sistema de salud

Estructura

En 1997 se promulgó la Ley General de Salud (Ley 26842) que especifica los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud individual y colectiva. Dos años después se aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento

(PEAS) que garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona a tener seguridad social y sirve de base para organizar el actual sistema de salud con unos planes de beneficios definidos (Alcalde, Lazo y Nigenda, 2011).

En 2015 el sistema de salud estaba conformado por los sectores público y privado. El primer sector se compone del régimen subsidiado o contributivo indirecto, el régimen contributivo directo y regímenes especiales. El principal prestador de servicios del sector subsidiado es el Ministerio de Salud, que tiene a su disposición una red de establecimientos con cobertura nacional para atender a las maternas y a personas con pocos recursos y sin acceso a servicios de salud mediante el Seguro Integral de Salud. El régimen contributivo, integrado por el Seguro Social con provisión tradicional (EsSalud), atiende a los trabadores, jubilados y sus familias mediante una red de hospitales y centros de salud propios. También compra servicios a las empresas prestadoras de salud (EPS) cuando lo requiere. Las personas de regímenes especiales reciben atención en la Sanidad de las Fuerzas Armadas, que depende del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial dependiente del Ministerio del Interior (Alcalde *et ál*., 2011).

El sector privado está conformado por dos subsectores: lucrativo y no lucrativo. En el primero están las EPS, los seguros de carácter privado, las clínicas con varios niveles de complejidad, los laboratorios clínicos y los centros de imágenes diagnósticas encargados de proveer servicios a las empresas petroleras, mineras y azucareras. Al segundo subsector pertenecen las entidades sin ánimo de lucro y organismos internacionales, como la Cruz Roja Peruana, los bomberos voluntarios y las organizaciones sociales de las parroquias, entre otras. Este sector se financia con los aportes de las personas y las empresas externas (Alcalde *et ál*., 2011).

En 2008, según la organización del sistema de salud, 58 % de la población pertenecía al sector subsidiado, 20 % a EsSalud y 2 % estaba cubierta con servicios privados y medicina prepagada. Entre 10 % y 20 % no contaba con ningún tipo de aseguramiento (Alcalde *et ál*., 2011). Según la página de la Superintendencia de Salud, en septiembre de 2015 la cober-

tura era de 49,0 % en el sector subsidiado, 27,0 % en EsSalud, 4,5 % en las entidades privadas y 0,8 % en las Fuerzas Armadas y policiales (citado por Cuba y Aguilera, 2015).

Financiación

El sistema integral de salud se financia casi en su totalidad (94 %) con recursos ordinarios que provienen del presupuesto general; el 6 % restante de sus recursos se origina de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos regionales, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales e instituciones públicas y privadas, además de transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud y recursos directamente recaudados en su operación. Los servicios de EsSalud dependen de los aportes de los empleadores, que equivalen a 9 % del salario de los trabajadores activos. En el caso de los jubilados, la contribución proviene de los asegurados y equivale a 4 % de la remuneración asegurable.

En el subsector privado lucrativo, los usuarios contribuyen con el pago de seguros (primas y copagos deducibles) y pagos de bolsillo. En el subsector privado no lucrativo, los colaboradores externos canalizan recursos en calidad de donaciones de las distintas ayudas internacionales y otros agentes que realizan donaciones internas para financiar servicios de salud en unidades públicas o privadas para la población que no cuenta con seguridad social y vive en condiciones de pobreza (Alcalde *et ál*., 2011).

Modelo de atención y de prestación de servicios

En 2003 se desarrolló el Modelo de Atención Integral en Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC), que reformó el sistema de salud al orientarlo hacia una atención global de los pacientes, sus familias y la

comunidad. El modelo garantizó un abordaje biopsicosocial de los individuos y precisó las responsabilidades del Estado con la población.

El modelo de salud peruano se creó en 2009 y se complementó con el Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS) de la reforma a la salud del 2011, que se centra en la persona e incluye la promoción y prevención, así como el trabajo comunitario, de acuerdo con las necesidades de las comunidades. Para ello cuenta con equipos multidisciplinarios capacitados que laboran en el marco de la Ley 29344 de 2009 de aseguramiento universal en salud (Alcalde *et ál*., 2011).

El PEAS de atención primaria se basa en diferentes experiencias latinoamericanas que han mostrado resultados positivos. Su objetivo principal es cubrir las necesidades de la población, fortaleciendo el primer nivel de atención dentro del marco de aseguramiento universal y de descentralización, donde el Ministerio de Salud priorizó la oferta de servicios en condiciones más equitativas y con mejor calidad y eficiencia (Alcalde *et ál*., 2011).

Este modelo tiene un fuerte respaldo del sector político y económico, así como un marco legal que asegura su aplicabilidad y sostenibilidad extensa. Permite cumplir con los objetivos como formación y capacitación del recurso humano, contar con un sistema de planeación acorde a las necesidades poblacionales y sistematizar los procesos de atención. Para garantizar su calidad, la continuidad de la atención, el manejo adecuado de la información, así como la planificación, monitoreo y evaluación de los procesos, debe tener una capacidad resolutiva entre 70 % y 80 % de las necesidades de salud de la población (Alcalde *et ál*., 2011).

En cuanto a la organización de los servicios de atención primaria, no está definido un número de personas asignado a un centro de salud, equipo de salud o médico; existen centros rurales en los que un médico y su equipo tienen adscritas 500 personas y centros urbanos con 25 médicos y sus equipos; estos en conjunto pueden estar a cargo de 140 000 personas (Cuba y Aguilera, 2015). Los equipos de salud están compuestos por un médico

general (puede ser especialista en medicina familiar), una enfermera, una partera y un técnico de enfermería. En otros equipos se puede contar con odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas y, casi siempre, con agentes comunitarios que pertenecen a la comunidad y la ponen en contacto con los equipos de salud. Las jornadas laborales del médico son de seis horas diarias, distribuidas en cuatro horas de atención a pacientes (por lo general, entre 16 y 24) y dos horas dedicadas a actividades administrativas como la sectorización, estrategias de salud y programas o visitas domiciliarias.

Los formatos de historia clínica están organizados por ciclos vitales e incluyen actividades de promoción y prevención. En EsSalud pueden agendarse citas por teléfono con una lista de espera hasta de 20 días. En el Ministerio de Salud la asignación es diaria, pero hay pacientes que no alcanzan un cupo, por lo que buscan alternativas como ir urgencias o acudir al sistema privado (Cuba y Aguilera, 2015). De acuerdo con Cuba y Aguilera (2015), la infraestructura administrativa de los centros de atención primaria del Ministerio es insuficiente, pues no se dispone de algunos laboratorios ni de medicamentos, lo cual afecta la capacidad resolutiva en la puerta de entrada.

Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

Formación en medicina familiar

Hitos

Ante las necesidades de salud de la población, se requería una figura capaz de liderar la atención primaria como modelo de salud. Para fortalecer la APS, en 1981 se realizó el seminario "El médico general/familiar", con la

participación de profesores extranjeros y el Ministerio de Salud, que sirvió de base para aprobar un programa de formación en esta área. Años más tarde, en 1989, este nació en la Universidad Mayor de San Marcos con el título de Medicina General Integral. Otras universidades usaron denominaciones diferentes: Medicina Familiar en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y la Universidad Nacional de Trujillo (UNT, 1999) y Medicina Integral Familiar en la Universidad Federico Villarreal. El total de plazas era de 60 residentes en las universidades que ofrecían el programa (Abril, 2013).

Estos primeros especialistas se formaron siguiendo los modelos exitosos cubanos que ofrecían el programa de Medicina Familiar. Por las pocas oportunidades laborales que tenían los egresados en este periodo, las universidades modificaron los planes de estudio para incluir asignaturas de gerencia. Sin embargo, se vieron obligadas a cerrarlo; en 2001 la medicina familiar en Perú estaba casi extinta (Suárez, 2008).

La formación de médicos generales integrales en esta primera etapa no se consolidó, porque no existió ni coherencia ni persistencia en las políticas, no se perpetuaron las plazas de residencia y los médicos familiares no encontraron un espacio propicio, razón por la cual ejercieron como médicos generales. En 2001, solo quedaban dos plazas en la UPCH. Esta universidad cerró temporalmente el programa en 2006, lo cual derivó en el cambio de denominación: pasó a llamarse Medicina Integral y Gestión en Salud, y en el 2011 abrió progresivamente nuevas plazas (Abril, 2013).

En 2007, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina evaluó los diferentes programas. Concluyó que eran heterogéneos en cuanto a horas docentes y espacios académicos, lo que generaba un conjunto desarticulado de rotaciones, y esta situación no permitía desarrollar las competencias requeridas. Se vio entonces la necesidad de contar con servicios adecuados de medicina familiar y estándares de formación (Suárez, 2008). Este informe llevó a que las diferentes facultades de medicina expresaran su interés en abrir nuevamente el programa y asegurar un número mayor de plazas de residencia. Esta iniciativa fue promovida por el Estado. En

2008 se le dio un nuevo impulso estatal a la especialidad y se lograron 70 plazas, que aumentaron a 96 en 2012 y a 322 dos años después. Para el año 2013, de 251 plazas solo se ocuparon 143. Se calcula que a 2015 existen 400 médicos familiares, de los cuales 119 ocupan cargos contratados por el Ministerio de Salud y ejercen en hospitales (Acosta y Vega 2014).

El Comité Nacional de Residentado Médico realiza un examen único de residencias, al que se presentan los médicos que deseen especializarse en 14 de las 26 regiones del país. En 2001 tenía asignado 2 % de las plazas a medicina familiar, y en 2014 se aumentó a 12 % (Cuba, 2014). De acuerdo con Sofía Cuba (2014), 21 facultades contaban con pregrado en 2014, varias de ellas con programas de Medicina Comunitaria, pero no de Medicina Familiar; solo cuatro tenían tutores en esta última especialidad. Para el 2015 se mencionan 24 universidades con pregrado; 6 de ellas con tutores especialistas en medicina familiar (Cuba y Aguilera, 2015).

En el 2000 se realizó el primer esfuerzo por formar una sociedad científica que agrupara a las diferentes especialidades relacionadas con la formación en medicina familiar. Un año después se fundó la Sociedad Peruana de Medicina General Integral y Gestión en Salud. Ese mismo año, se afilió a la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y se creó la filial de Trujillo. En 2004, la Sociedad obtuvo la personería jurídica y en 2007 entró en funcionamiento la filial de Arequipa. En 2011 se reorganizo y pasó a denominarse Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC), con el fin de cumplir los requisitos para ser miembro del Colegio Médico Peruano y "lograr que la Medicina Familiar sea reconocida como efectora de la Atención Primaria en el Perú" (Sopemfyc.org).

Características de los programas académicos

La formación del médico general en el Perú es de siete años. Para acceder al ejercicio profesional, se debe realizar el Servicio Rural y Urbano Mar-

ginal de Salud. Para especializarse en Medicina Familiar, se requieren tres años de formación; sin embargo, esta especialidad ha tenido dificultades para posicionarse (Cuba y Aguilera, 2015).

La formación de estudiantes se rige por lo establecido en la reunión del Comité Nacional de Residentado Médico junto con la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y el Colegio Médico de Perú que, en 2002, estableció los estándares mínimos para el programa de segunda especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. En febrero de 2003, aprobaron tres denominaciones para la especialidad: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina General e Integral y Medicina Familiar, todas con una duración de tres años. Su propósito es formar profesionales con capacidad para prevenir y resolver problemas de salud individuales y colectivos.

El perfil académico del residente se basa en el requerimiento del Ministerio de Salud, según la ley del regimentado médico y los proyectos de Ley 1596, 1816 y 2421. Este marco legal estipula el número de residencias médicas y cupos, así como las normas de calificación de hospitales y centros de salud (Cuba, 2014). Todos los programas de residencia están homologados. El perfil del médico familiar busca el desarrollo de competencias esenciales (comunicación, razonamiento clínico y bioética), relacionadas con la atención de la persona, la familia y la comunidad, así como con la docencia y la investigación (Cuba, Romero y Domínguez 2013).

El plan de estudios propuesto incluye clases teóricas según el horario establecido por cada universidad (equivalentes a aproximadamente 8 horas semanales), prácticas en consultorios de medicina familiar, turnos según el servicio, rotaciones especiales y trabajo comunitario. A partir del segundo año, el residente puede realizar prácticas en otros hospitales, y se ofrecen programas de intercambio internacional (Cuba *et ál*., 2013).

Medicina familiar y atención primaria en salud

Ámbitos de desempeños

La oportunidad de desempeño del médico familiar en Perú se encuentra en el primer nivel de atención, aunque en el momento no se hace distinción respecto al médico general. Esto se refleja funcionalmente a nivel organizacional y en su remuneración; tanto así, que 20 % de los médicos familiares peruanos optaron por hacer otra especialidad después de egresados (Cuba *et ál*., 2013).

En los centros urbanos de EsSalud, el médico familiar trabaja en establecimientos de salud, atendiendo principalmente a adolescentes, adultos y adultos mayores. En las áreas rurales y zonas periféricas a las ciudades, junto con su equipo, cubre todos los grupos poblacionales. También labora en urgencias de centros de salud y hospitales, así como en cargos administrativos y de gestión sanitaria (Cuba y Aguilera, 2015).

Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

El aporte del médico familiar se debe analizar en el marco de la reforma de la atención primaria en curso. En 2001 se propuso el nuevo modelo de atención sanitaria y dos años después se implementó el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC). Este modelo se complementó en 2011 con la formación de profesionales orientados a la atención primaria en salud. Sin embargo, el país no ha logrado organizar la mayoría de los establecimientos de salud, por la falta de acompañamiento en la formación de recurso humano y las múltiples administraciones que tiene el sistema (Cuba, 2014). A 2014 aún no se habían desarrollado estrategias de formación y masificación, ni la manera de evaluación de la capacidad resolutiva y los requerimientos de infraestructura en pro

del cumplimento del MAIS-BFC. Además, no es claro cuál va a ser el papel del médico familiar en este nuevo modelo de APS (Cuba, 2014).

En un gran número de centros de salud no se cuenta con este tipo de especialistas, por lo que son atendidos por médicos generales sin formación específica para la puerta de entrada. Esto hace que muchos problemas que requieren un abordaje integral (porque tienen componentes psicológicos y sociales, o por múltiples comorbilidades) deban ser referidos a otros niveles, lo cual contribuye a la poca resolutividad que se tiene en la puerta de entrada del sistema de salud. Parte de esta situación mejoraría con la presencia más extendida de este tipo de especialistas (Cuba y Aguilera, 2015).

En 2015, el médico familiar hacía aportes en las áreas en las que se ha permitido desempeñarse y se espera que pueda ser la puerta de entrada del sistema, en la medida que se implemente el modelo de salud basado en la atención primaria. Esta es una apuesta al futuro que el médico familiar peruano asume con orgullo (Cuba y Aguilera, 2015).

Síntesis

El sistema de salud peruano es de carácter mixto y lo administra el gobierno por medio del Ministerio de Salud. Esto se asocia con la baja cobertura y los recursos insuficientes del sistema. Con la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), se está impulsando una política de atención primaria que fue creada para cubrir las necesidades de los diferentes grupos etarios sin limitación de cobertura.

A 2014 no se había establecido de forma clara el papel que el médico familiar iba a desempeñar en el sistema de salud. Con la nueva reforma de la salud, se espera que el médico familiar implemente los planes de atención primaria con ayuda de equipos multidisciplinarios, y se proyecta crear servicios de medicina familiar como tal. Con la creación del Plan Esencial de Aseguramiento y la necesidad de formación de más médicos familiares, se están generando un mayor número de plazas ofertadas por las universidades. Por su parte, el gobierno busca promocionar la especialidad entre los médicos generales.

Bibliografía

Abril, R. O. y Cuba, M. S. (2013). Introducción a la medicina familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000100006&script=sci_arttext

Acosta, N. y Vega, R (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Perú. Recuperado de http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[324].pdf

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pe.html

Alcalde, J. E., Lazo, O. y Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública México*, *53*(2), 254. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002627

Cuba, M. S., Romero, Z. O. y Domínguez, R. O. (2013). Medicina familiar en el Perú: Camino a la consolidación como disciplina científica. *Medwave* v. 01.5589. Recuperado de https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5589

Cuba, S. (2014). *Medicina familiar en el Perú: Retos y desafíos*. Recuperado de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/SofiaCuba_peru.pdf

Cuba, M. F. y Aguilera, F. (2015). Ser médico de familia en Perú. *AMF*, 11(11), pp. 647-649.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

PerúInfo. (2014). Recuperado de http://www.peruinfo.com/

Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC). (2013). Recuperado de http://sopemfyc.org/

Suárez, M. A. (2008). La medicina familiar en el Perú: Evolución y desafíos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública - Scielo Peru, 25*(3). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000300010&script=sci_arttext

Lista de tablas

Tabla 4.5. Indicadores demográficos y de salud de Perú (2012-2015).....630

Lista de siglas

EPS: empresas prestadoras de salud

EsSalud: Seguro Social de Salud

MAIS-BFC: Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad

PEAS: Plan Esencial de Aseguramiento

SOPEMFYC: Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria

UNT: Universidad Nacional de Trujillo

UPCH: Universidad Peruana Cayetano de Heredia

Conclusiones sección 4

Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Las diferencias entre los indicadores generales en salud de estos tres países no son tan marcadas; Colombia cuenta con la mayor población, casi 3 veces la de Ecuador y 1,5 veces la de Perú, y presenta la mayor cobertura en salud por aseguramiento con casi 97 % en el 2015, seguido de Perú y Ecuador. En general, los indicadores señalan una tendencia a aumentar esta cobertura, y no se presentan grandes diferencias en cuanto a expectativa de vida, mortalidad infantil, mortalidad materna, natalidad y número de médicos por mil personas. El número de enfermeras por mil habitantes en Ecuador es el más alto: es casi 3,5 veces el de Colombia y 2,4 veces el de Perú. El mayor gasto de bolsillo lo tiene Ecuador, seguido de Perú y Colombia. El gasto del gobierno colombiano en salud per cápita en dólares es 1,5 veces el valor de cada uno de los otros dos países (véase Tabla 4.6).

Tabla 4.6. Comparación de algunos indicadores en salud de Perú, Ecuador y Colombia (2010-2015)

Indicador	Perú	Ecuador	Colombia
Población total (miles)	30 147 935 (2014 est.)[a]	15 654 411 (2014 est.)[a]	46 245 297 (2014 est.)[a]
Población cubierta por la seguridad social (%)	EsSalud: 27,0 RS: 49,0 (2015)[c]	45,0 (2012)[d]	RC: 42,9 % RS: 48,7 % RE: 5,04 % TOTAL 96,7 % (2015)[c]
Expectativa de vida (años)	75,5 (2015)[b]	76,2 (2015)[b]	74,8 (2015)[b]
Mortalidad infantil por 1000 n.v.	13,1 [10,6-16,6] (2015)[b]	18,4 [11,7-28,6] (2015)[b]	13,6 [9,3-20,1] (2015)[b]
Razón de mortalidad materna por 100 000 n.v.	68 [54-80] (2015)[b]	64 [57-71] (2015)[b]	64 [56-81] (2015)[b]

Tasa de natalidad por 1000 habitantes	18,57 (2014 est.)[a]	18,87 (2014 est.)[a]	16,73 (2014 est.)[a]
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes	5,99 (2014 est.)[a]	5,04 (2014 est.)[a]	5,36 (2014 est.)[a]
Médicos por 1000 personas	1,13 (2012)[b]	1,72 (2011)[b]	1,67 (2010)[b]
Enfermeras por 1000 personas*	1,51 (2012)[b]	2,16 (2011)[b]	0,62 (2010)[b]
Gasto total en salud como % del PIB	5,3 (2013)[b]	7,5 (2013)[b]	6,8 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	58,7 (2013)[b]	52,3 (2013)[b]	76,0 (2013)[b]
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	14,7 (2013)[b]	8,5 (2013)[b]	16,1 (2013)[b]
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	34,9 (2013)[b]	45,0 (2013)[b]	13,9 (2013)[b]
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	208 (2013)[b]	225 (2013)[b]	405 (2013)[b]

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras.
n.v.: nacidos vivos
PIB: Producto Interno Bruto
RC: Régimen Contributivo
RS: Régimen Subsidiado
RE: Régimen Exceptuado

[a] The World Factbook, por Agencia Central de Inteligencia.
[b] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud.
[c] "Ser médico de familia en Perú", M.F. Cuba y F. Aguilera.
[d] "Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador" M. Naranjo.
[e] "Informe al Congreso de la República 2014-2015 sector administrativo de salud y protección social", por Ministerio de Salud y Protección Social.

En este grupo se evidencia una tendencia hacia el aseguramiento. En Perú y Ecuador, la cobertura es estatal y tiende a incrementarse, mientras que en Colombia los aseguradores son privados o mixtos, y los estatales tienden a desaparecer. En Colombia, se observa una mayor cobertura, casi universal, aunque hay diferencias entre el tipo de asegurador y red que cubre a la población de escasos recursos (régimen subsidiado) y la población con capacidad de contribuir (régimen contributivo) (véase Tabla 4.7). En Perú y Ecuador, el sector público y el asegurador contratan la prestación de servicios; en Colombia, el asegurador puede contratar servicios privados o públicos. Sin embargo, en grandes ciudades, es poco frecuente que un asegurador del régimen contributivo contrate servicios con prestadores públicos. Los aseguradores del régimen subsidiado, en su mayoría privados, están obligados a contratar con la red pública un porcentaje de servicios (véase Tabla 4.7). Por su parte, Anderson y colaboradores (2016) catalogan los sistemas de salud de estos tres países como sistemas segmentados. A diferencia de Colombia y Perú, consideran que Ecuador no tiene participación privada.

Tabla 4.7. Comparación de características de los sistemas de salud y organización para la prestación de servicios en Perú, Ecuador y Colombia

Indicador	Perú	Ecuador	Colombia
Tipo de sistema de salud	Sistema de aseguramiento universal en proceso (mixto, segmentado)	Sistema mixto (público, seguridad social y privado)	Sistema de aseguramiento universal (dos grandes sectores: contributivo y subsidiado)
Relación entre Estado y prestadores privados	Se contratan algunos servicios estatales con privados. La población que tiene acceso está cubierta por privados: 2 %.	Pueden ser contratados por el sector público, por el aseguramiento o por particulares.	Los aseguradores en su gran mayoría son privados y contratan servicios con prestadores privados, más en el sector contributivo. Manejan dineros del Estado para la salud.

Descentralización administrativa	Sí; se desarrolla desde 2008; hay problemas en la ejecución de entes descentralizados.	Sí; inició en 1994; la salud pública se considera desconcentrada y poco descentralizada*.	Sí; comenzó en 1990. Existen diferentes grados de descentralización y de autonomía con experiencias de diversa calidad.
Adscripción territorial	Está planteada y no cubre la totalidad del Seguro Integral de Salud (SIS), que atiende a poblaciones de bajos recursos. Es variable la población según sea urbana o rural variando entre 400 y 800 personas por equipo.	Está planteada. El proceso aún es reciente. En zona urbana, se asigna un equipo por cada 4000 habitantes y en área rural, un equipo por cada 2500 habitantes.	No se menciona en la Ley 1438 de 2011. Documentos de la Política de Atención Integral en Salud lo suponen. No hay una norma específica al respecto.
Conformación de equipos de APS en salud	Está planteada. Se mencionan experiencias, como un indicador. No hay cifras que permitan identificarlo como un propósito del sistema. Refieren problemas para la financiación.	Está planteada. La consideran un proceso incipiente, que coexiste con modelos anteriores, sin tener claras las magnitudes del proceso.	Está planteada.
Resolutividad en el primer nivel	Está planteada en términos de evaluar una resolutividad cualitativa y cuantitativa, pero las fuentes consultadas no mencionan una cifra esperada.	No está descrita en las fuentes consultadas.	No está descrita en las fuentes consultadas.
Médico familiar en la puerta de entrada	En la academia, se propone como puerta de entrada, pero en los centros de primer nivel, se considera más como complemento especializado.	Es el único especialista propuesto para el primer nivel; se considera que existe un déficit importante de este recurso.	No aparece de forma explícita en la normatividad. Hay documentos oficiales que sí lo plantean.

* Una *entidad descentralizada* es de carácter público y tiene autonomía orgánica en aspectos técnicos, personería jurídica y presupuesto propio. Una *entidad* desconcentrada también es pública, pero carece de independencia presupuestal, patrimonio propio y personería jurídica; goza de independencia técnica de acuerdo con su materia o territorio.

Fuente: elaboración propia

Este grupo de países ha tendido a la descentralización administrativa, sin que se haya podido completar este proceso de forma satisfactoria. Existe una literatura extensa con diferentes posturas acerca del tema, lo que denota su complejidad. Los tres países han propuesto modelos de APS que reciben denominaciones similares: en Perú, Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), que inició en el 2003; en Ecuador, Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC), vigente desde el año 2007; y en Colombia, Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), creado en el año 2016 (véase Tabla 4.7).

En Perú y Ecuador, la adscripción poblacional está planteada y se mencionan experiencias y procesos de diligenciamiento de fichas familiares para establecer el panorama de riesgos (Acosta y Vega, 2014; Tejerina, 2014). Sin embargo, este proceso no es totalmente estandarizado, es incipiente y se asocia solo a ciertas experiencias. En Colombia se menciona, es muy reciente y es más un propósito escrito que una práctica que haya podido reglamentarse (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) (véase Tabla 4.7). En el sector público, se trabaja en la elaboración del panorama de riesgos con fichas familiares, cuyas variables no están estandarizadas a nivel nacional y tienen diferencias por regiones. En el caso de Bogotá, la capital, las acciones que se realizan como resultado de estas fichas no están articuladas hacia la atención. La mayoría de las fuentes consultadas no describen experiencias que hayan logrado consolidar equipos con responsabilidad sobre las poblaciones. Sin embargo, otros investigadores, como Giovanella y colaboradores (2015), consideran que Perú y Ecuador sí tienen una adscripción poblacional.

Aunque la presencia de médicos familiares en la puerta de entrada del sistema de salud se contempla en los tres países, las fuentes consultadas no reportan experiencias piloto de prestación de servicios con estos especialistas. Los programas académicos de este grupo asignan como rol

principal su ubicación en la puerta de entrada; sin embargo, a nivel operativo, es más un propósito que una realidad (véase Tabla 4.7). En Ecuador, en el 2011, el 98 % de los médicos familiares se dedicaba a la práctica privada; en Perú, faltan incentivos para que ocupen los cargos en los establecimientos de salud del primer nivel (I) de complejidad; están divididos en cuatro subniveles I-1 hasta I-4, y los especialistas en medicina familiar están asignados al I-4 o centros con hospitalización. Los I-2 y I-3 están destinados para médicos cirujanos (medicina general sin especialidad en medicina familiar). En Colombia, la presencia del especialista en medicina familiar en la puerta de entrada solo se da en regímenes especiales o de medicina prepagada, o en planes complementarios. No existe un cargo específico de puerta de entrada en hospitales o centros de salud públicos (véase Tabla 4.7).

Entre 2013 y 2015, el número de médicos familiares en este grupo de países osciló entre 300 y 600. Del caso peruano, vale la pena señalar que de los 400 especialistas reportados para 2015, solo una cuarta parte había sido contratada dos años antes por el Ministerio de Salud para sus hospitales. En Colombia, según el Ministerio de Salud, en 2014 había 623 médicos familiares registrados, de los cuales 482 se graduaron en Colombia y el resto tiene títulos convalidados (véase Tabla 4.8).

Tabla 4.8. Número de médicos familiares y proporciones por habitantes en Perú, Ecuador y Colombia

Indicador	Perú	Ecuador	Colombia
Número de habitantes	30 147 935 (2014 est.)[a]	15 654 411 (2014 est.)[a]	46 245 297 (2014 est.)[a]
Número de médicos familiares	400 (2015)[b]	300 (2013)[c]	623 (2014)[d]
Número de habitantes atendidos por médico familiar*	253 344	131 550	388 616
Número de médicos familiares en formación	143 (2013)[b]	600 (2014)[e]	180 (2016)**
Años de duración de la especialidad	3	3	3
Número de médicos familiares esperado para la población (3500 personas por médico familiar)	8614	4473	13 213
Número de médicos familiares esperado para la población (2000 personas por médico familiar)	15 074	7827	23 123

* n.° de habitantes / n.° de médicos familiares

** Se calculó con base en el número de cupos de los siete programas académicos vigentes

Fuente: elaboración propia con datos tomados de

[a] Global Health Observatory (GHO) data, por Organización Mundial de la Salud, 2016

[b] "Mapeo de la APS en Perú" por N. Acosta y R. Vega, 2014.

[c] "Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica" por G. Armiños, L. Vaca, L. Aguilera, V. Casado, G. Sánchez y S. Alvear, 2016.

[d] " Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar", por Ministerio de Salud y Protección Social *et ál*, 2015.

[e] "600 médicos se forman en medicina familiar", por El Comercio, 2014.

De acuerdo con las cifras de la Tabla 4.8, Colombia es el país que tiene el mayor déficit de médicos familiares, seguido de Perú y Ecuador, tanto en el escenario de 3500 personas por médico familiar (13 213, 8614 y 4473 respectivamente), como en el de 2000 personas para cada especialista. Para alcanzar el valor de referencia para los 3500 pacientes, formando 53 médicos familiares por año, Colombia se demoraría 236 años; con 49 especialistas por año, Perú necesitaría 175 años y, en promedio, con 200 egresados por año, Ecuador requeriría mínimo 21 años. Si se hace el cálculo de un médico familiar por cada 2000 habitantes, con el volumen de formación descrito en la Tabla 4.8, Ecuador necesitaría 37 años para contar con el recurso humano necesario, Perú 139 y Colombia 413 años.

Para superar esta situación, los tres países han recurrido a diferentes estrategias. Ecuador, con el apoyo del gobierno cubano, pretende formar un grupo de 5000 especialistas; se espera que de los 600 que en 2014 estaban en formación se gradúen 112 en 2016. En Perú, aunque existe un número creciente de plazas, en el 2013 solo se ocuparon 143 de las 251 disponibles. Colombia pasó de 142 cupos en 2014 a aproximadamente 160 en 2016. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud y Protección Social, que pretendía, a partir de 2014, formar 5000 médicos familiares en diez años, no se ha podido abrir un nuevo programa en el periodo 2005-2016.

En cuanto a los procesos de formación, en este grupo de países, los programas están unificados en tres años y no existen especialidades paralelas. Aunque en Ecuador el apoyo en formación se dio a los programas tradicionales, no se evidencia en la literatura que esto haya generado conflicto.

Los tres países han tenido dificultades para que se consolide esta especialidad, a pesar de tener experiencias desde la década de los ochenta. En Perú, hubo un momento en que las plazas de residencia casi desaparecen y ha pasado por diferentes nombres que incluyen Medicina General Integral, Medicina Integral y Gestión de Salud. En Colombia, la especialidad se reconoció en 2005, y en Ecuador cuatro años después. En Perú y Ecua-

dor, a diferencia de Colombia, prevalecen los programas en universidades públicas. Los programas privados colombianos predominan en Bogotá, la capital. En los tres países hay procesos dirigidos a estandarizar las características de la formación, sin que se pueda decir que existe un proceso unificado adoptado por todas las facultades.

La proporción entre formación en centros ambulatorios y hospitalarios varía en los tres países. En Ecuador y en Perú prevalecen los primeros con 78 % y 50 %, respectivamente; en Colombia no se ha establecido este dato (Armiños, *et ál*., 2016). Este tipo de formación no ha sido documentada. Solo se registran algunas notas al respecto. Por ejemplo, en Perú se identificaron algunos comentarios acerca de expectativas para que en un futuro se puedan consolidar mejores centros de práctica, y notas periodísticas sobre el inicio de una experiencia en el Policlínico Rodríguez Laso, en mayo de 2015 (EsSalud, 2015). En Ecuador, se sabe que existe una norma para certificación de las Unidades Asistenciales Docentes (CES, 2016), que da la idea de un proceso serio en camino, que aún no es realidad. En Colombia, solo se planteó el tema de escenarios de formación en atención primaria en el Programa Único Nacional de la Especialización de Medicina Familiar, sin que exista alguna norma que lo respalde.

Tanto en Perú como en Ecuador existen plazas de residencia con remuneración, mientras que en Colombia se paga una matrícula; este costo en las universidades privadas es bastante mayor que en las universidades públicas.

Las sociedades científicas en este grupo de países requieren fortalecerse. La Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC) funciona desde 2011 y fue precedida por la Sociedad Peruana de Medicina General Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG). La SOPEMFYC reportó 133 afiliados en abril de 2013. Organiza un congreso anual que, en el 2015, llegó a su séptima versión y, en agosto de 2017, será la sede del quinto Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar.

Por su parte, la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, fundada en 1988, organizó la V Cumbre Iberoamericana en Quito (SEMF, 2016), en

2014; no se cuenta con datos acerca del número de afiliados. La Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (Socmef) ha tenido históricamente un bajo número de afiliados (alrededor de 10 %), a pesar de la importancia que le asignan los profesionales. Una nueva dinámica permitió la creación de dos capítulos en 2015: el capítulo Centro y el capítulo de Antioquia y el Eje Cafetero (Socmef, 2016). Cuenta con un boletín de difusión que aún es incipiente. Colombia será la sede de la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en febrero de 2018.

En cuanto a esquemas de aseguramiento de la calidad, no existe consenso de las fuentes consultadas acerca del caso peruano: solo una de ellas, Armiños y colaboradores (2016), señalan que el país cuenta con un proceso de recertificación. Ecuador no tiene un proceso de certificación o acreditación (Vargas *et ál*., 2016), ni de recertificación (Armiños, *et ál*., 2016). La certificación en Colombia es automática cuando el título de especialista lo expide un programa universitario registro calificado; no existe un proceso para la recertificación.

En los países que conforman este grupo se ha considerado que el médico familiar debe ubicarse en la puerta de entrada por su integralidad, costo-efectividad, capacidad para coordinar la atención de consulta y por su resolutividad, entre otras características. Sin embargo, en la práctica, no ha desempeñado ese rol y no se le han dado las condiciones necesarias de infraestructura y remuneración para que lo ejerza. Entre los tres países, Perú lleva más tiempo implementando la reforma dirigida a implementar la APS. Ecuador ha definido con mayor claridad el énfasis en una formación masiva, mientras que Colombia se encuentra en las etapas iniciales: asigna a estos especialistas, ante todo, roles administrativos y docentes, como apoyo a médicos generales en programas específicos, y no los esperados en la puerta de entrada del sistema. En estos roles, hay evidencia de que el médico familiar aporta a la resolutividad de los médicos generales; sin embargo, lo hace con un enfoque centrado en programas y no en el paciente.

Bibliografía

Acosta, N. y Vega, R. (2014). *Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Perú*. Recuperado de http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[324].pdf

Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/rankorderguide.html

Anderson, M. I. P., Rojas, M. L., Taureaux, N. y Cuba, M. S. (2016). Cobertura universal en salud, atención primaria y medicina familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade, 11*(supl. 1), pp. 4-30. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1276

Armiños, G., Vaca, L., Aguilera, L., Casado, V., Sánchez, G. y Alvear, S. (2016). Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade, 11*(supl. 1), pp. 47-60. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1278

Consejo de Educación Superior (2016). RPC-SO-09-No.152-2016. 9 de abril. Recuperado de http://desa.ces.gob.ec/doc/Reglamentos/reglamentos2016/Marzo/normativa%20de%20funcionamiento%20de%20la%20comisin%20tcnica%20para%20la%20certificacin%20de%20las%20unidades%20asistencial.pdf

Cuba, M. S. y Aguilera, L. (2015). Ser médico de familia en... *Perú*. *AMF*, 11(11), pp. 647-9

El Comercio (2014). 600 médicos se forman en medicina familiar. Recuperado de https://www.elcomercio.com/tendencias/medicos-familiares-se-forman-apoyo.html

Ministerio de Salud y Protección Social, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, Dirección de Desarrollo del Talento

Humano en Salud, Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue - ORAS - CONHU y Grupo Asesor de Instituciones de Educación Superior con Programas de Medicina Familiar (2015). Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Informe al Congreso de la República 2014-2015. Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia, agosto. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2014-2015.pdf

____. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Naranjo, M. (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador*. Recuperado de https://www.cepal.org/es/publicaciones/4097-sistemas-proteccion-social-america-latina-caribe-ecuador

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de http://apps.who.int/gho/data/node.home

Seguro Social de Salud (EsSalud) (2015). Policlínico Rodríguez Lazo inaugura local para residentes de medicina familiar. 20 de mayo. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/policlinico-rodriguez-lazo-inaugura-local-para-residentes-de-medicina-familiar/

Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF, 2016). Recuperado de http://socmef.com/socmef/index.php

Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF, 2016). Recuperado de https://web.facebook.com/ESEMF/

Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC. 2016). Recuperado de http://sopemfyc.org/

Tejerina, H. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Ecuador. www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[325] pdf: www.isags-unasur.org.

Vargas, P., Cabrera, H., Montalvo, J., López, N. R., Pacheco, E. R., Yuruhán, D., *et ál*. (2016). Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidade, 11(supl. 1), pp. 61-70. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(1)1275

Lista de tablas

Tabla 4.6. Comparación de algunos indicadores en salud de Perú, Ecuador y Colombia (2010-2015) 645

Tabla 4.7. Comparación de características de los sistemas de salud y organización para la prestación de servicios en Perú, Ecuador y Colombia 647

Tabla 4.8. Número de médicos familiares y proporciones por habitantes en Perú, Ecuador y Colombia 651



Mauricio
Alberto
Rodríguez
Escobar

Conclusiones generales

En este capítulo final, se precisa el alcance de la investigación realizada, se analizan los resultados a la luz del cumplimiento de los objetivos que le dieron origen y se proponen futuros desarrollos. Tal como se indicó en la introducción, el objetivo general consistió en identificar, sistematizar y analizar los aportes que la medicina familiar ha hecho en Iberoamérica a la atención primaria en salud, y sus posibles aplicaciones al contexto colombiano. Las descripciones y análisis de los avances de trece países iberoamericanos en la implementación de la atención primaria y el rol del especialista en medicina familiar indican que el objetivo general se logra plenamente. En estos análisis y descripciones se incluye como punto de partida a Canadá, dada su trayectoria en la formación de médicos familiares desde la década de los sesenta. Por ser esta una investigación hermenéutica, tanto la interpretación de la evolución de cada país como su clasificación por grupos están abiertas a discusión.

De acuerdo con el análisis de la documentación, las catorce experiencias seleccionadas se clasificaron según el grado de organización logrado para desarrollar la atención primaria en salud (APS) y la participación de los médicos familiares en el proceso. Para ello, se tuvo en cuenta la adscripción poblacional o responsabilidad que pueda tener un equipo de atención sobre la salud de una población determinada, más exactamente sobre la prestación de servicios de esta población, y la presencia de médicos familiares en dichos equipos. Adicionalmente, se analizó si los países habían conformado equipos de APS y si estos tres criterios formaban parte de una política explícita. La aplicación de estos criterios permitió organizar las experiencias en cuatro grupos, que corresponden a las secciones de este libro.

Se identificó que España, Cuba y México, al igual que Canadá (Grupo 1), tienen un sistema de salud con una puerta de entrada en la que el rol del especialista en medicina familiar es preponderante. En los dos primeros, ciento por ciento de la población es atendida por médicos familiares, mientras en México esta cobertura llega a 50 %, y el resto de la comunidad es atendida por médicos generales que están en proceso de capacitación,

especialización o reconversión hacia la medicina familiar. Los otros diez países son conscientes de la necesidad de un médico con las características de un especialista en medicina familiar en la puerta de entrada del sistema. Sin embargo, sin que exista un acuerdo social al respecto, es difícil socavar la resistencia a invertir para lograr las condiciones que requiere este especialista para ser un agente efectivo en dicha ubicación.

Con base en el análisis de las experiencias, se determinó que Brasil, Costa Rica y Paraguay (Grupo 2) han recorrido un camino en el que claramente están implementando un modelo con equipos de atención primaria y hacen seguimiento de este proceso, sin tener suficientes especialistas en medicina familiar. Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela (Grupo 3) tienen experiencias demostrativas disímiles, sin una política clara encaminada a generalizar el modelo o, como en el caso de Venezuela, polémicas debido a la forma en que se han implementado. Por su parte, Perú, Ecuador y Colombia (Grupo 4) han propuesto el modelo, pero su funcionamiento operativo requiere más documentación, por lo que ahora parece que es más un propósito que una realidad.

Respecto a las situaciones descritas por Knox, Ceitlin y Hahn (2003), Ceitlin (2006) y Suárez-Bustamante (2008), mencionadas en la introducción, desde el punto de vista cualitativo, se mantiene la necesidad de aumentar la participación de la especialidad en el pregrado de la región, de influir en los ministerios de salud para que tomen la decisión política que permita desarrollar la especialidad, de establecer escenarios de formación en atención primaria, así como de posicionar laboralmente la especialidad y disminuir el déficit de especialistas en medicina familiar en la región. Una década después de las investigaciones citadas, se puede describir un mejor contexto en cuanto a la decisión de implementar modelos de atención primaria en la región y a los avances en la normatividad, pero con desafíos importantes para llevarlo a la realidad. Cuantitativamente se siguen presentando avances en la región, pero son disimiles entre los países.

Para lograr el objetivo general, se plantearon tres objetivos específicos:

1. Revisar las diferentes experiencias documentadas sobre la formación y ejercicio de la profesión de médicos familiares en Iberoamérica.
2. Interpretar el aporte que han hecho las experiencias seleccionadas y los médicos familiares al desarrollo de la atención primaria en salud en diferentes escenarios.
3. Analizar los cambios que se han requerido para que estas experiencias sean exitosas.

Se presentan a continuación las conclusiones y comentarios en relación con dichos objetivos específicos, algunas reflexiones para el caso de Colombia y se proponen las investigaciones necesarias para el desarrollo de la especialidad en la región.

1. Revisión documental de las catorce experiencias seleccionadas

Respecto al primer objetivo, se revisaron 273 documentos sobre trece países iberoamericanos y Canadá, que cumplieron con los criterios de inclusión. Con base en el análisis de estas fuentes, se describieron e interpretaron las diferentes experiencias en torno a los siguientes aspectos: 1) contexto y generalidades del sistema de salud y 2) desarrollo de los programas de formación en medicina familiar y su aporte a la atención primaria. En los casos donde las fuentes consultadas así lo reportaban, se incluyó la descripción de una experiencia significativa. Tal es el caso de Canadá, España, Cuba, México, Brasil y Venezuela.

La principal fuente de documentación la constituyeron los escritos reunidos en bases de datos de revistas indexadas; sin embargo, en varios países se requirió incluir fuentes periodísticas debido a la escasa documentación académica. Para comprender el contexto de los sistemas de salud, se revisaron escritos publicados con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca de los sistemas de salud en general y de los sistemas de cada uno de los países seleccionados. También se tuvieron en cuenta las publicaciones del Instituto Suramericano de Gobierno dirigidas a realizar un mapeo de la atención primaria en salud en la región. Otras fuentes complementarias fueron las páginas oficiales de las sociedades científicas y las páginas de Internet de los programas de formación de especialistas en medicina familiar.

En ciertos casos, se contó con algunas presentaciones que realizaron los representantes de los diferentes países en congresos de medicina familiar realizados en Colombia o en el exterior en el periodo de 2013 a 2016, con la comunicación directa con médicos familiares de los diferentes países que, de forma espontánea y amable, nos orientaron y aclararon aspectos específicos, así como con la información presentada y discutida en el foro organizado por la OMS/OPS y la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Este se denominó "Diálogo Virtual sobre la Formación de Especialistas en Medicina Familiar en el Marco de la Cobertura Individual en Salud", que se realizó entre el 17 y el 24 de julio de 2014.

Se hizo un esfuerzo importante para incluir información actualizada, proveniente de los grupos de trabajo organizados durante la quinta y la sexta cumbres iberoamericanas realizadas en Quito en el 2014 y en Costa Rica en el 2016, respectivamente. En general, la metodología de estos grupos de trabajo incluyó revisión de documentos y utilizó encuestas de opinión a expertos, sin que se hayan tomado muestras representativas. En la medida en que se ajuste la metodología y se definan indicadores más precisos, posiblemente la información obtenida podrá ser completa, actualizada y consistente.

A continuación, se presentan las conclusiones relacionadas con las características tanto de las fuentes como de la información reportada, y luego con los aspectos temáticos centrales desarrollados en los capítulos del 2 al 15, tales como el contexto y generalidades del sistema de salud, además de las características y evolución de la formación en medicina familia.

Características de las fuentes y de la información reportada

1. El análisis cuantitativo y cualitativo de las fuentes consultadas indica que, en el primer grupo de países, la participación del médico familiar en el desarrollo de la atención primaria está bien documentada por artículos con fuentes diversas y que suministran información consistente y organizada. En Canadá, España y Cuba, se contó con estudios, tesis o libros que describen el proceso, mientras en Cuba predominaron los textos narrativos. Sin embargo, en esta documentación es difícil discriminar entre los resultados relacionados con el desarrollo de un modelo por equipos de salud y aquellos referentes a la participación del médico familiar en dichos equipos. En México, con mayoría de textos narrativos, se describe de manera profunda la decisión política institucional de los aseguradores estatales y la progresiva capacitación de médicos generales como especialistas en medicina familiar. También se encuentra documentación completa acerca del rol que desempeñan las agremiaciones de médicos familiares en España y Canadá, mientras que en Cuba y México la información es parcial.
   En el segundo grupo de países, la experiencia de la que se encontró más información corresponde a Brasil. Sin embargo, llama la atención la diferencia en cuanto a la cifra de especialistas en medicina familiar que reportan las fuentes consulta-

das. Sobre Costa Rica y Paraguay se encuentra escasa información referida principalmente a los programas de formación y del desarrollo del modelo y no se registran investigaciones que se centren en evaluarlas o que describan las experiencias con la participación de especialistas en medicina familiar. Por esta razón, la información se complementó con los textos de ponencias realizadas en congresos, entrevistas informales y artículos periodísticos. La información sobre las sociedades científicas es parcial en el caso de Brasil y Paraguay, y casi ausente en el de Costa Rica.

En el tercer grupo de países, la información sobre Argentina registra experiencias bien documentadas sobre el rol y participación del especialista de medicina familiar en algunas regiones, apoyada por algunos estudios observacionales y cualitativos; sin embargo, está desactualizada, en especial en lo relacionado con la cifra de médicos familiares. En los otros países, Chile, Uruguay y Venezuela se encuentran principalmente textos narrativos. En el caso de Venezuela y Uruguay se obtuvo retroalimentación de personas pertenecientes a la sociedad científica respectiva. La información sobre las agremiaciones científica es parcial en todos los países del grupo.

En el cuarto grupo, hay pocas publicaciones que aborden la evolución de la especialidad y predominan los textos narrativos. Las mejores descripciones con información más organizada y consistente de este proceso se encontraron en Perú, mientras que en Ecuador y Colombia se requirió reconstruir el proceso con base en diversas fuentes. La información sobre las sociedades científicas de la disciplina es incompleta.

Lo anterior indica que se requiere consolidar la documentación sobre las experiencias que marcan el desarrollo de la especialidad en Iberoamérica. Adicionalmente, es necesario

apoyar la socialización de las experiencias concretas sobre la participación del especialista de medicina familiar en el desarrollo de la atención primaria en salud. Este aspecto solo se encuentra plenamente documentado en los países del primer grupo, especialmente en España y Cuba. Estas dos experiencias coinciden en que, para implementar la organización de los servicios en salud, es fundamental la formación masiva de especialistas en medicina familiar.

2. Es importante anotar que la información acerca del número de médicos familiares en la literatura revisada en ocasiones es errática. Una misma fuente reporta que Cuba pasó de tener 36 000 médicos familiares en el 2010 a cerca de 13 000 en el 2011. Esto se explica porque las cifras de 2011 solo tienen en cuenta a los médicos de familia que prestan servicios en la comunidad. Este tipo de inconsistencias también se presentan en el caso de Brasil: en diversas fuentes, el número de especialistas puede ir de 30 328 en 2011 a 1500 en 2014, pasando por una cifra de 3253 en 2015. Situaciones como las mencionadas hacen que los datos que reporta esta investigación sobre el número de médicos familiares no coincidan con los que Armiños y colaboradores (2016) presentaron en la V Cumbre Iberoamericana realizada en Quito. En otras ocasiones, la información está desactualizada, como en el caso de Argentina y Venezuela; sus datos más recientes se refieren a 2003 y 2007, respectivamente.

   Lo anterior indica que se requiere estandarizar la forma de cuantificar y obtener un dato oficial acerca del número de especialistas en medicina familiar. Por ejemplo, debe definirse si en el caso de Venezuela se tienen en las estadísticas de los médicos generales integrales, si en Argentina se incluyen quienes

no están certificados, o en Brasil, si se incluye a los médicos extranjeros y a los formados en programas diferentes a los de residencias médicas.

Contexto y generalidades del sistema de salud

1. En los catorce países, se identificó que los países con una menor cobertura y un menor gasto del gobierno en salud per cápita en dólares (USD) son aquellos con mayor necesidad de mejorar sus indicadores en salud. Estos son México, para el primer grupo, Paraguay para el segundo y Venezuela para el tercero. En el cuarto grupo, dada la similitud en los indicadores, no se evidenció esta relación. El análisis de los datos no permite comprobar que exista una concordancia directamente proporcional entre el número de especialistas en medicina familiar, el grado de implementación del modelo con equipos de salud familiar y la adscripción poblacional, por un lado, e indicadores en salud, por el otro.
2. En los trece países iberoamericanos y Canadá se han implementado reformas dirigidas a fortalecer la APS con diferentes grados de logros y dificultades para efectuarlas. Los casos que han podido adelantar el modelo con especialistas en medicina familiar tienden a contar con un sistema con control estatal del aseguramiento en salud, como es el caso de Canadá, España, Cuba y México (Grupo 1). Esta condición también se cumple en los países que han avanzado en la implementación del modelo con equipos de atención primaria, como son Brasil y Costa Rica (Grupo 2); se exceptúa Paraguay, que tiene un sistema mixto y la menor cobertura de población asegurada de todos los países revisados. Costa Rica precedió a Brasil en la

conformación de equipos de atención primaria en salud, pero no llegó a ubicar en ellos a especialistas en medicina familiar. En Paraguay, se registran avances en cuanto a cobertura.

Al analizar las implicaciones del tipo de sistema de salud, se concluyó que los países con esquemas mixtos, que son fragmentados y segmentados, afrontan mayores retos para implementar el modelo con equipos de salud familiar que tengan una adscripción poblacional. Se exceptúan México, donde existen oligopolios de los aseguradores y los aseguradores son estatales, y Paraguay, donde gracias a la implementación de los equipos de APS se ha logrado incrementar el acceso de la población a la salud y ha disminuido la fragmentación y la segmentación con la sectorización de los servicios.

Los países con sistemas de salud integrados (Canadá, España y Cuba del Grupo 1; Brasil y Costa Rica del Grupo 2) han avanzado en la implementación del modelo, tras haber definido la adscripción poblacional y la operativización para que los equipos de atención primaria cumplan su función. De acuerdo con esto, de los grupos 3 y 4, Uruguay (Grupo 3) es el país con mayores posibilidades de consolidar el modelo y la participación de especialistas en medicina familiar, al tender hacia un sistema integrado.

Formación en medicina familiar

1. Las fuentes consultadas sobre los países analizados coinciden en que la formación del especialista en medicina familiar es coherente y consistente con los propósitos y la filosofía de la APS. Esta es biopsicosocial, humanista, clínica y centrada en el paciente, la familia y la comunidad. Los programas

académicos han descrito sus competencias y le han asignado un campo de acción amplio dentro del generalismo. Entre las competencias que cabe resaltar se encuentran la atención holística e integral (continuidad, integralidad y compromiso con el paciente) y la capacidad resolutiva en lo prevalente, integrada a un enfoque de riesgo, que incluye la promoción y la prevención. Esta capacidad resolutiva no se define solo en términos biomédicos, sino también en las competencias psicosociales que requieren una formación y el desarrollo de habilidades específicas que hacen parte de todas las experiencias formativas de médicos familiares revisadas en los trece países de Iberoamérica y en Canadá como país comparador. Estas características y competencias son las que permiten que el especialista en medicina familiar sea idóneo para coordinar desde la puerta de entrada de los sistemas de salud el proceso de atención de los pacientes.

2. En Iberoamérica, e inclusive dentro de los mismos países analizados, no se han estandarizado los tiempos de formación ni las denominaciones para esta especialidad; por ejemplo, se utiliza Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Familiar, Medicina General y Comunitaria, Medicina General, y Medicina Familiar Integral, entre otras. En ocasiones coexisten dos nombres en un país, con diferencias entre los programas, como en el caso de Argentina y Venezuela, o se registran diferentes tiempos de formación, aun para denominaciones similares. Por ejemplo, en Venezuela el programa Medicina General Integral dura tres años y Medicina General Integral en Cuba dos años.

   Esta situación no es diferente fuera de Iberoamérica. El especialista puede denominarse médico general (*general practitioner*) en Inglaterra y médico familiar (*family physician*) en

Canadá y Estados Unidos; su tiempo de formación puede variar entre dos y cinco años. No se ha estudiado si la denominación de Medicina General Integral implica un menor énfasis en la familia que la denominación Medicina Familiar, o que estas dos otorguen menor importancia a los aspectos comunitarios que están presentes en el caso de Medicina Familiar y Comunitaria.

3. En los catorce países analizados, no se ha establecido cuál es el mejor esquema o las implicaciones en los programas de una denominación u otra. No se ha estudiado si existen ventajas o desventajas entre la formación de dos años que se imparte en Cuba, Canadá y algunas universidades de Venezuela, y la formación de cuatro años que se ofrece en España y Costa Rica o los programas de tres años que se desarrollan en la mayoría de países iberoamericanos.

   Los documentos sobre los programas de formación en Canadá y Cuba coinciden en que el énfasis en el pregrado permitió reducir el tiempo de formación a dos años. Esta estrategia ha incentivado la ocupación de las plazas asignadas a esta especialidad. Por su parte, España y Costa Rica aumentaron los tiempos para mejorar las competencias y resolutividad de la especialidad.

4. En los catorce países seleccionados, existen diferentes esquemas de formación para médicos en atención primaria, alternos a las residencias médicas en medicina familiar. Estos no conducen al título de especialista en medicina familiar y generan confusión acerca de cuántos de estos especialistas se han formado, ya que en las estadísticas de la especialidad pueden incluirse médicos con formación en atención primaria que no necesariamente lleva a la consecución de título.

   Otra situación que también genera confusión es la existencia de las residencias en medicina familiar como requisito para

cursar otras especialidades, como sucede en Cuba y, próximamente, en Brasil (a partir del 2018). Esto plantea otro reto para las estadísticas, ya que habría que cuantificar el caso de las personas formadas en la especialidad, pero que no la ejercen y el caso en que el requisito solo exige parte de la formación.

5. El número de médicos familiares necesarios para ofrecer una cobertura adecuada no está definido con claridad. Se puede tomar como referente la población asignada a un médico familiar, que estaría alrededor de 3500 personas; sin embargo, en la literatura también se proponen 1000 o 2000 habitantes.
   Si bien los documentos sobre los catorce países mencionan que el recurso humano especialista en medicina familiar es importante y necesario para implementar la APS, con una población asignada de 2000 personas por médico familiar, se presenta déficit en la mayoría de los países de la región, excepto en tres del Grupo 1. Con este indicador, en Cuba, un especialista tendría a su cargo 826 personas, en Canadá a 985 y en España a 1681. Sin embargo, en México solo se podría cubrir 2/3 de la población, con un médico familiar por cada 3084 habitantes (véase Tabla 5.1).

Tabla 5.1. Cobertura a la población con especialistas en medicina familiar de los países estudiados con una población asignada de 2000 personas

País	Número de habitantes por médico familiar
Cuba	826
Canadá	985
España	1681
México	3084
Uruguay	7955
Venezuela	16 981
Argentina	17 210
Paraguay	27 933
Chile	28 627
Ecuador	131 550
Brasil	135 105
Costa Rica	220 433
Perú	253 344
Colombia	388 616

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con esto, el mayor déficit en número de médicos familiares lo presentan, en su orden, Colombia, Perú y Costa Rica; los países con un menor déficit, excluyendo al Grupo 1, son Uruguay, Venezuela y Argentina.

6. El superávit de médicos familiares integrales de Cuba y el interés del gobierno de este país en influir sobre los sistemas de salud latinoamericanos, descrito por Julio Ceitlin en 2006, se sigue dando en la región. Existen diferentes experiencias de la participación de médicos generales integrales cubanos en el desarrollo del modelo y la formación de recurso humano médico en diferentes países de Latinoamérica por acuerdos intergubernamentales. En Perú, esta fue una experiencia fallida; en Venezuela y Brasil ha generado polémica y en Ecuador, está en curso y aún no ha sido descrita.

2. Aportes de la medicina familiar al desarrollo de la atención primaria

Respecto al segundo objetivo, interpretar el aporte que ha hecho la especialidad en Medicina Familiar al desarrollo de la atención primaria en salud (APS) en Iberoamérica, se analizaron para cada país las características de dicha relación. Se partió de identificar las nociones asignadas a la APS (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 36), a fin de establecer la función reservada al médico familiar. También se precisó el papel que ha desempeñado la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca) y la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) en el posicionamiento del médico familiar como especialista de la APS y

los modelos que se han utilizado para ofrecer una prestación de servicios coherente con dicho modelo (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 41), y se describieron los roles que cumple el médico familiar en cada uno de los países seleccionados (véase capítulos del 2 al 15). Este análisis hermenéutico evidenció la necesidad de tener un modelo de organización de servicios acorde al modelo de atención basado en la APS para que, por un lado, el médico familiar pueda consolidar su aporte al proceso de atención dentro de un sistema de salud, y, por otro, el sistema esté en capacidad de ofrecer condiciones adecuadas a este profesional para que pueda ejercer su especialidad dentro del generalismo.

Vale la pena recordar que, como se explicó en el primer capítulo, existen diferentes interpretaciones de la APS. La *estrategia de Atención Primaria Integral en Salud* (APIS) no se limita a los servicios de salud ni al primer nivel, sino que también tiene en cuenta los determinantes de la salud, la intersectorialidad y la participación comunitaria. La *APS entendida como el primer nivel de atención* funciona como una puerta de entrada integral y resolutiva. Por su parte, la *APS selectiva* está destinada solo a grupos o programas prioritarios en salud. De conformidad con lo anterior, y en relación con los conceptos de la organización de la prestación de servicios, se puede afirmar que el modelo de prestación ambulatorio convencional y episódico no sería acorde a la APS, que el modelo centrado en programas estaría en la línea de una APS selectiva, y que el modelo deseable para una prestación de servicios centrado en el paciente sería compatible con la APS como primer nivel y con la APIS.

Las principales conclusiones al respecto son:

1. El concepto de médico familiar que lo señala como el especialista en atención primaria supone que dicha atención se presta en un primer nivel del sistema de salud (APS como el primer nivel de atención). A pesar de existir conceptos afines en los países europeos y norteamericanos, la organización operativa

en los casos de Canadá y España muestra que las acciones del primer nivel de atención están coordinadas con los otros niveles e impactan el volumen de trabajo y, por lo tanto, el volumen de recursos que se requieren en otros niveles.

El concepto de atención primaria selectiva limita el ejercicio para el que ha sido formado el médico familiar: atender a todos los grupos de edad independientemente del motivo de consulta e integrar la promoción y prevención con la atención de problemas de salud en la práctica clínica. Este se puede identificar de forma clara en países como Argentina, Chile, Costa Rica y Colombia, entre otros, lo que en parte explica por qué no se ha desarrollado más esta especialidad en los dos primeros países y la existencia de especialistas en medicina familiar en roles de atención exclusivamente de programas específicos, como en atención de pacientes en patologías crónicas o en salud sexual y reproductiva.

El concepto de atención primaria integral en salud implica competencias para las que no ha sido formado este especialista, pero puede intervenirlas al convocar la acción intersectorial. En un modelo centrado en el paciente, el médico familiar identifica situaciones derivadas de los determinantes en salud; por ejemplo, la desescolarización de adolescentes o una epidemia en un sector que tiene problemas de salubridad en el agua, y las hace evidentes para que intervengan otros sectores, como educación y acueducto. Esto sería aún más evidente en un modelo de atención primaria orientado a la comunidad, como el que se pudo identificar en las experiencias de España y Cuba.

2. Es claro que el médico familiar tiene influencia directa sobre la prestación de servicios de salud, que es uno de los determinantes de la salud, y puede contribuir a su organización. En colaboración con los equipos de salud, puede incidir en el

estilo de vida de la población a su cargo, y está formado para ello. Otros determinantes van más allá de lo que se puede hacer directamente desde los servicios de salud y, por lo tanto, exigen un trabajo intersectorial y una política de Estado que excede las posibilidades de la actuación de un equipo de salud. Sin embargo, en tres de los cuatro países del Grupo 1 se reportan experiencias en trabajo intersectorial. En Cuba, el equipo de salud participa de un proceso de dispensarización para establecer los riesgos de la población asignada al equipo y se proyectan hacia la comunidad en otros ámbitos como escuelas, centros laborales y de asistencia social. En España, los médicos familiares participan en las experiencias de Cataluña de atención primaria orientada a la comunidad y, en Canadá, en los Centros de Salud Comunitarios.

3. La especialidad nació como respuesta a una atención fraccionada y deshumanizada que generó la excesiva especialización de los médicos en Europa y Norteamérica. Su enfoque derivado de la medicina general ha hecho que se mantenga dentro del paradigma que privilegia la integralidad en la práctica del generalismo, de tal forma que dé respuesta a las necesidades de atención en salud de las personas. Esto es conceptualmente afín a la propuesta de la atención primaria en salud. La Wonca y la CIMF han realizado un trabajo constante para definir esta relación, caracterizarla, valorarla y darle un sentido de pertenencia a estos especialistas.
4. En términos generales, al comparar los procesos de posicionamiento de esta especialidad, Canadá tuvo un desarrollo similar al de Inglaterra y Estados Unidos, en el que los médicos generales defendieron la necesidad de promover el generalismo en respuesta al excesivo especialismo que fragmentaba la

atención de la persona y promovieron, de manera paradójica, la creación de una nueva especialidad.

Es posible que en Latinoamérica el acceso restringido a las especialidades no genere un déficit de médicos generales y no se precipite una crisis similar a la vivida en Europa y Norteamérica. También se puede pensar que en Latinoamérica hay más necesidades básicas insatisfechas que pueden requerir prioridad sobre la adecuada organización de los servicios de salud y la formación de los recursos humanos. Sin embargo, se ha evidenciado que la formación en pregrado para cumplir un rol adecuado en la puerta de entrada es insuficiente y requiere complementarse.

En España y la mayoría de los países iberoamericanos, la lucha no ha sido solo por diferenciarse de las especialidades clásicas que dan una profundidad vertical en un campo determinado, sino también por hacerlo de la práctica general no especializada, que no cuenta con una formación específica que le permita desempeñar un rol integrador en la clínica desde la salud pública hasta la atención subespecializada. En los países que adoptaron la formación masiva de médicos familiares, este especialista integra y coordina el proceso de atención del individuo, la familia y la comunidad.

5. 5. La concepción de un médico familiar y cómo debe formarse es consistente con lo promovido por la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca) y su filial en Iberoamérica, la CIMF. La declaración conjunta de la Wonca y la OMS en 1994, denominada "Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia", la creación de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) el 31 de diciem-

bre de 1999 como la VI regional de la Wonca y las diferentes cumbres que ha realizado con la participación de todos los países estudiados, han sido importantes para tener un lineamiento del perfil y las competencias que debe desarrollar el especialista de medicina familiar en formación. Por su parte, la CIMF ha sido exitosa en la organización de cumbres y congresos iberoamericanos, lo cual ha permitido intercambiar experiencias, conformar grupos de trabajo, realizar investigaciones conjuntas y divulgar los avances en los países de la región, aspectos importantes para el desarrollo de la especialidad.

6. En los trece países iberoamericanos, así como en el país de referencia (Canadá), se han adelantado reformas encaminadas a implementar la APS, con diferentes niveles de logro y dificultades por superar. Desde el punto de vista conceptual, en las catorce experiencias analizadas, el especialista en medicina familiar se ha considerado un recurso humano necesario para lograrlo.

   En el Grupo 1, el modelo cubano precedió el planteamiento de la APS y ha sido ejemplo para las directrices que ha dado la OPS para la región. Desde 1984, su estrategia para operativizar el modelo es la del médico y enfermera de familia. En México, el modelo se basa en el médico de familia, que puede ser el médico general o el médico especialista en medicina familiar, ubicado en la puerta de entrada. La reforma de 2003 buscó ampliar la cobertura a personas no aseguradas y en agosto de 2015 se inició una reforma hacia la atención primaria denominada Modelo de Atención Integral en Salud.

   En el Grupo 2, Brasil implementó el Sistema Único de Salud en 1990, lo cual facilitó el camino hacia la APS. La principal operativización del modelo es la estrategia de Salud de la Familia, que está en evolución desde el 2004. La reforma dirigida a implementar la APS en Costa Rica se dio en 1993 y

su principal estrategia operativa son los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (Ebais). En 2008, Paraguay modificó su sistema de una estructura piramidal a una estructura de redes. Su estrategia operativa en el nuevo modelo son las Unidades de Salud Familiar (USF) como puerta entrada.

Por su parte, en el Grupo 3, Argentina creó en 2004 un plan centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades con el propósito de establecer redes integrales de salud, y cuenta con un conjunto de programas federales vinculados con la estrategia de la APS. Chile, desde el 2004, está implementando el Modelo de Atención Integral en Salud que incluye capacitación del recurso humano. Uruguay creó en 2007 el Sistema Nacional Integrado en Salud que articuló los planes públicos y privados. La estrategia operativa venezolana ha sido la Misión Barrio Adentro, creada en 2004.

Respecto al Grupo 4, es de resaltar que, desde el 2003, Perú está implementando el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (Mais-BFC), y Ecuador avanza en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Mais-FCI) desde el 2008. Colombia lanzó en febrero de 2016 la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

7. En los países iberoamericanos analizados, excepto España, Cuba y México, la mayoría de los médicos familiares opta por diferentes roles, principalmente en la práctica privada por fuera del sistema de salud o tener otra especialización. Lo anterior evidencia un uso ineficiente de los recursos, ya que se desaprovecha la formación que implica inversión de tiempo y dinero y no se le ubica donde es más efectivo para el sistema de salud.

Al revisar las catorce experiencias, se identificó que algunos de los programas de medicina familiar estuvieron a punto de

desaparecer; por ejemplo, en Brasil, entre 1984 y 1994; en Perú, en el 2001; y en Chile en 1986. Esta situación cambió cuando se replantearon los sistemas de salud y apareció la posibilidad de que los especialistas pudieran desempeñarse en un modelo de atención acorde a su formación. Lo anterior, en su conjunto, señala la necesidad de desarrollar un modelo que fortalezca la puerta de entrada del sistema para que el especialista en medicina familiar pueda ejercer. Además, se requieren condiciones adecuadas para que se ubique y permanezca allí.

8. Cuando se crean equipos de atención primaria con una población adscrita, responsables de organizar la prestación de servicios en salud, es necesario contar con un médico comprometido con la persona, la familia y la comunidad dentro del equipo. Sin embargo, en Latinoamérica hay resistencia a aceptar que el médico que cumple con estas características es el especialista en medicina familiar. De hecho, existen vías alternas a este tipo formación, por ejemplo, los programas que capacitan a los médicos generales en atención primaria. Estos últimos no son equivalentes a las residencias médicas, son menos exigentes y no tienen un plan curricular que asegure el desarrollo de competencias necesarias. En Brasil, los programas Provab tienen un esquema de capacitación a distancia, y el programa Más Médicos, de tres años de duración, no conduce al título. En Argentina, los programas de formación en medicina familiar no certificados permiten acceder a un examen de certificación, y así ocurre con múltiples cursos de atención primaria que se mencionan en diferentes países.

   Aunque estas alternativas pretenden mitigar la inversión en el recurso humano ubicado en los servicios de puerta de entrada para tener servicios de calidad acordes a la atención primaria en salud, pueden resultar contraproducentes a la hora de gene-

rar las condiciones de permanencia para los especialistas, e ir en detrimento de la integralidad y continuidad que requieren los sistemas de salud.

9. De acuerdo con la literatura analizada, los dos modelos principales para organizar de manera adecuada la prestación de servicios dentro de los modelos de atención acordes a la APS son el modelo centrado en la persona y el modelo de atención primaria centrada en la comunidad. Estos requieren una adscripción poblacional, y el especialista en medicina familiar recibe una formación adecuada para actuar en cualquiera de ellos.

   En todos los países de los Grupos 1 y 2, se menciona como estrategia la conformación de equipos que se responsabilizan de una población determinada, la adopción de un enfoque centrado en el paciente o en la persona y la necesidad de trabajar con la comunidad (véase Capítulo 1. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud, pág. 41). En estos casos, en un esquema de distribución territorial de la población, el médico familiar, junto con un equipo de atención en salud, realiza múltiples tareas que facilitan asignar responsabilidades y hacer seguimiento a la evolución en salud que tenga la población adscrita. Por su parte, los países del Grupo 3 presentan avances parciales y los del Grupo 4 propuestas.

   Aunque en diferentes países se habla de equipos de salud familiar, no se plantea un modelo específico para atender el núcleo familiar como unidad. El enfoque familiar y el sistémico mencionados en gran número de programas de formación, así como los instrumentos utilizados en la formación, por ejemplo, el genograma o familiograma, parecen estar incluidos dentro del modelo centrado en la persona, ya que esta tienen relaciones sociales y familiares que hacen parte de su contexto.

10. La bibliografía revisada sobre los catorce países indica que existen esquemas para evaluar los modelos de atención primaria, pero no se especifica si evalúan un modelo centrado en la persona o uno centrado en la comunidad. Entre los esquemas de evaluación de los modelos figuran el Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención primaria y acceso en la atención básica (PMAQ-AB), utilizado en Brasil, y el Primary Care Assessment Tool (PCAT), aplicado en Brasil, Uruguay, Argentina y Paraguay. Este último se basa en siete atributos planteados por Bárbara Starfield a partir de la evaluación que hizo de la implementación de la APS en varios países en la década de 1990. Cuatro de ellos son esenciales (atención de primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación) y tres derivados (orientación familiar, orientación comunitaria y competencia cultural).

    Anderson y colaboradores (2016), en su artículo "Evaluación de la calidad en salud en la medicina familiar y en la atención primaria en Iberoamérica", consideran que estos dos modelos pueden ser la base de un esquema de evaluación de calidad de la APS en Iberoamérica. Sin embargo, mencionan otros cuatro: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET), ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP), General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para la APS) y EUROPEP (European Task Forceon Patient Evaluation of General Practice Care).

    Dentro de estos últimos, se destacan el EUROPEP, que tiene tres partes:

> 1. Indicadores clave (relación y comunicación, cuidado de la salud, información y apoyo, continuidad y cooperación, y organización de los servicios). 2. Áreas espe-

> cíficas de indicadores de satisfacción (consulta, agenda programada y accesibilidad, características del profesional, condiciones de los centros de salud y servicios prestados). 3. Información sobre los usuarios (datos socioeconómicos y de salud y actitudes después de la experiencia de atención) (Anderson *et ál*., 2016, p. 30).

11. Anderson y colaboradores (2016) proponen que uno de los indicadores de calidad para los servicios de atención primaria debería ser la presencia de médicos familiares en los equipos de APS. Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada, solo unos cuantos artículos describen con indicadores el impacto que tiene en la salud el incluir especialistas en medicina familiar en dichos equipos, en comparación con otras especialidades o con médicos generales sin formación adicional. Por ejemplo, Bass del Campo (2012) reporta que si la consulta la realiza un médico familiar, la cantidad de interconsultas es inferior a la que hace un médico general (4,03/100 consultas vs. 7,68/100). Por su parte, Herrera (2013) relaciona la presencia de médicos familiares con la disminución de la mortalidad infantil.

    A pesar de esta incipiente información cuantitativa, en los países en que los médicos familiares se ubican en la puerta de entrada, como Canadá, España y Cuba, se señala su capacidad resolutiva (entre 80 % y 95 %), aunque no se precisa la forma de medirla. En este grupo de países, España y Cuba reportan su trabajo en equipos de salud junto con la enfermera especializada en salud familiar o atención primaria. En el caso cubano, esto ayudó a consolidar la experiencia de los policlínicos a partir de 1984, cuando se formaron especialistas en medicina familiar (médicos general integrales) para que hicieran parte de los equipos. Además, el país cuenta con un proceso de dispen-

sarización que establece el panorama de riesgos de la población a cargo y define el plan de trabajo por seguir. En el país comparador, Canadá, el médico familiar está transitando de una tradición de trabajo individual a esquemas de trabajo en equipo. Los documentos sobre los cuatro países del Grupo 1 resaltan que este especialista hace un uso racional de los recursos.

Si bien algunas de las experiencias documentadas no reportan indicadores claros que evidencien la importancia del especialista en medicina familiar, de forma indirecta sí señalan que existen otras formas de valorar esta presencia como un indicador de calidad. Por ejemplo, cuando probaron en México un modelo de prestación de servicios con una población a cargo de los médicos especialistas en medicina familiar, se evidenció la necesidad de capacitación para mejorar la resolutividad. Las experiencias con médicos familiares se han mantenido, y ha aumentado progresivamente el número de estos especialistas, por lo que se infiere que han tenido buenos resultados y se requieren más.

En Canadá, país comparador, la disminución en los interesados en esta especialidad llevó a que en la década de 1990 se tuvieran que implementar estrategias destinadas a aumentar el número de estos especialistas para que el modelo no entrara en crisis. Esto sugiere la importancia que le dan a la existencia del especialista de medicina familiar en la puerta de entrada de su modelo de salud.

12. Con base en una formación biopsicosocial, los especialistas en medicina familiar están en capacidad de contribuir al desarrollo del modelo de atención en la prestación de servicios de salud basados en la APS, facilitando el acceso a los servicios, coordinando la atención de los pacientes en los diferentes nive-

les, orientando a las personas dentro del sistema, y brindando atención de forma oportuna y humanista, con calidad y calidez. Este especialista puede responder por una población como médico de cabecera o de puerta de entrada en el sistema, tiene un enfoque de riesgos según los condicionantes de la salud, e integra la promoción y la prevención a la atención en salud, hace seguimiento y da continuidad en la atención. Además, está centrado en la persona, la familia y la comunidad, trabajando interdisciplinariamente con otros profesionales y trabajadores en salud.

Un ejemplo de lo anterior puede observarse en los logros alcanzados por los médicos familiares en la reforma en salud de España. Su trabajo permitió sistematizar la historia clínica, protocolizar las conductas médicas, integrar las actividades preventivas a la consulta asistencial, activar la figura de coordinador, mejorar la calidad de la asistencia secundaria y aumentar el tiempo de consulta. También se logró disminuir el número de pacientes que consultan por urgencias.

13. De acuerdo con las fuentes de información analizadas sobre los catorce países, los principales roles asignados al especialista en medicina familiar son: médico de puerta de entrada en servicios ambulatorios, médico en servicios de urgencias, médico domiciliario y médico hospitalario o en servicios específicos como cuidados paliativos o administración.

A pesar de ser definido en Canadá, España y México como el especialista en APS en el contexto del primer nivel, las experiencias de estos tres países indican que también puede desempeñar un papel importante en la atención de urgencias y en acciones de coordinación entre niveles de atención con algún grado de rol administrativo. En Cuba, tiene claramente esta-

blecido un rol de atención como puerta de entrada del sistema proyectado a la comunidad.

Dos de los trece países iberoamericanos, Costa Rica y Colombia, señalan como roles preponderantes: ser administrativo o coordinador de programas o de atención en programas específicos (en modelos más centrados en el programa que en el paciente; por ejemplo, hipertensión, diabetes), lo cual está más relacionado con un concepto de atención primaria selectiva. Es posible que esta situación se pueda presentar en otros países.

3. Cambios requeridos para la actuación exitosa de los especialistas en medicina familiar

En cuanto al tercer objetivo, analizar los cambios que se han requerido para que estas experiencias sean exitosas, se revisaron las modificaciones que han realizado los catorce países para que los especialistas en medicina familiar puedan contribuir al desarrollo de la APS. Transformar un sistema de salud centrado en la enfermedad y en hospitales de tercer y cuarto nivel en un sistema estructurado según los principios de la atención primaria implica transformaciones importantes. Según el informe mundial de la salud de 2008 "La atención primaria: más necesaria que nunca", necesita cuatro grupos de reformas: 1) unas en pro de la cobertura universal, 2) otras a favor de la reorganización de los servicios de salud, 3) reformas de las políticas públicas dirigidas hacia la atención primaria y 4) otras encaminadas hacia un liderazgo que sea integrador, participativo y dialogante (OMS, 2008).

Aunque la revisión de las experiencias documentadas permite mencionar algunos datos sobre la cobertura que tienen los sistemas de salud en los catorce países e identificar que todos ellos han realizado reformas políticas públicas hacia la APS, prácticamente no se encuentra información

que sustente la existencia de un Estado con liderazgo integrador participativo y dialogante. Por lo tanto, el análisis se centra en el segundo grupo de reformas dirigidas hacia la reorganización de los servicios en salud. Para que estas se den, es necesario que existan algunas reformas políticas o una normatividad que las posibilite: si no se logra que los servicios reorganizados tengan una adecuada cobertura, se iría en contra de uno de los valores de la APS, la universalidad, y para que se dé todo esto, el liderazgo de los gobiernos debe ser dialogante e integrador.

El desafío operativo está en reorganizar los servicios, que son la cara del sistema de salud ante la comunidad de usuarios. Hacerlo implica tener en cuenta los servicios locales de salud y las redes de atención para que den respuesta a las poblaciones, haciendo que las personas sean el centro de atención. De acuerdo con el informe de la OMS de 2008, este tipo de organización registra logros en cuanto a eficacia y eficiencia en diferentes países del mundo, entre ellos España, Cuba y México.

El reto de este tipo organización es poder tener equipos multidisciplinarios en sitios cercanos a los usuarios, de tal forma que se facilite el acceso, que estén comprometidos con una población determinada y apoyen la coordinación con los servicios sociales y hospitalarios. Esto contribuiría a consolidar un esquema que brinde atención centrada en las personas con integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades.

Los cambios que han realizado los países de los Grupos 1 y 2 muestran de forma clara su compromiso para implementar esta adscripción poblacional. De hecho, anecdóticamente se sabe que cuando alguien llega a residir en Canadá, una de las asignaciones iniciales es a los servicios de salud, particularmente a su médico de cabecera. Tanto para Canadá, España y Cuba la asignación de un equipo de atención primaria a una población es cercana a 100 %. En Brasil, Costa Rica y Paraguay existen estadísticas progresivas de asignación de poblaciones a equipos de atención primaria. Las modificaciones implementadas indican que, en el Grupo 3, se requie-

re generalizar o documentar mejor la adscripción poblacional, y en el 4, mejorar la estructura y superar barreras para avanzar en el proceso de la organización de los servicios. Como ya se ha anotado, cuando se logra este tipo de organización promovida por la OMS/OPS, se generan las condiciones para que el especialista en medicina familiar pueda aportar al desarrollo de la APS. Esto requiere una inversión en infraestructura y recurso humano en la puerta de entrada del sistema de salud. En resumen, se trata de un cambio de paradigma, del centrado en la atención biomédica, a uno que migre hacia una atención biopsicosocial, lo que exige pasar de un esquema centrado en el hospital a modelos ambulatorios enfocados en la persona y proyectados a la comunidad.

De conformidad con lo anterior, los principales logros se resumen en conseguir una adecuada adscripción poblacional para responsabilizar a unos equipos de salud de poblaciones concretas, capacitar al recurso humano para que pueda responder a este reto con una adecuada resolutividad, tener la infraestructura e incentivos necesarios para que el recurso humano preparado tenga continuidad con su población, y convertir estos centros ambulatorios en centros de formación para el recurso humano. También se requieren esquemas de formación innovadores y el desarrollo de las sociedades científicas, especialmente en Latinoamérica. A continuación, se explican aspectos puntuales de dichas reformas y los logros alcanzados.

1. La implementación de los equipos de atención primaria con una adscripción poblacional es una política y una inversión a largo plazo; la inclusión de especialistas en medicina familiar en los equipos de salud también es una decisión política e implica un plan y una inversión a largo plazo. Los países del Grupo 1, tanto en España como en Cuba y México, han tenido un proceso de especialización, capacitación o reconversión de los médicos generales en especialistas en medicina familiar.

Este proceso fue relativamente rápido en Cuba, donde 6 de cada 10 médicos generales se convirtió en médico familiar entre 1984 y el 2004; en el 2008 se reportaron más de 30 000 especialistas. En España, el proceso ha tomado más tiempo: entre 1978 y el 2013 se dio la formación por residencias médicas, y en 2013 se permitió que médicos con mínimo cinco años de experiencia en APS accedieran al título de especialista en medicina familiar mediante un curso de formación de 300 horas. En el 2016, el único mecanismo de formación es el sistema oficial de acceso a las residencias médicas, conocido como Médico Interno Residente (MIR). En México, el proceso inició en 1971, y en 2016 ya más de 50 % de los médicos en la puerta de entrada son especialistas en medicina familiar.

2. Cada país de los catorce analizados, en su momento, ha tenido un proceso en el que ha decidido adscribir una población a un equipo de salud o a un médico que se responsabiliza de ella. Cuba representa la experiencia mejor documentada de la actuación del equipo de atención primaria en Latinoamérica. Este país fue precursor y visionario en el desarrollo de los servicios de puerta de entrada. Allí, la idea del policlínico surgió en 1964, pasó por diferentes etapas y se consolidó en 1984, cuando se estableció como equipo primario al médico y a la enfermera de familia, con un equipo de apoyo que incluye especialidades básicas como ginecoobstetricia, medicina interna y pediatra, y otros profesionales, como odontología, trabajo social y psicología.

   En España, la conformación de los equipos es similar y los equipos de apoyo incluyen salud mental, y un pediatra atiende a los menores de 14 años. La consolidación de los centros de salud surgió de la idea de crear las Unidades de Salud de la Familia. Inicialmente se pensó en tener unos cuantos centros

piloto, pero se optó por una reforma denominada Estructuras Básicas en Salud, que organizó un plan de trabajo y destinó presupuesto para implementar los equipos de atención primaria y los centros de salud adecuados para su trabajo. Entre 1984 y 1990 ya tenían una cobertura de 50 % de la población. La implementación de los equipos de APS en los países del Grupo 2 también ha tomado un tiempo largo. En Brasil inició en 1994, y en 1998 requirió una estructuración financiera. Más adelante, en 2006, fue reformado para hacer más integral el proceso de atención; en el 2008, el equipo se amplió con la inclusión de los núcleos de apoyo de salud de la familia, y hoy en día sigue ampliando la cobertura de la denominada Estrategia de Salud de la Familia: en el 2014 ya se había conformado 47 % de los equipos necesarios para cubrir a la población. Lo que implica que le tomó 20 años llegar a casi 50 % de su meta. En Costa Rica, la conformación de los equipos en los centros de salud denominados Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebais) inició en 1993, y en el 2012, con 1013 Ebais, cubrían 94 % de la población. En Paraguay, comenzó en el 2008, y cinco años después ya había cubierto 36 % de la población con equipos de APS.

La experiencia brasileña aporta el esquema que han establecido para implementar progresivamente la Estrategia de Salud de la Familia. Se basa en el flujo de recursos entre el Estado federal, los estados y los municipios. Esto ha sido acompañado del proceso de descentralización y la instauración del Sistema Único de Salud (SUS). Para implementar esta estrategia, los municipios se adhieren voluntariamente, tienen unos compromisos e incentivos específicos y cuentan con un sistema de evaluación del proceso, denominado Programa de Mejoramiento de la Calidad en Atención Primaria y Acceso

a la Atención Básica (PMAQ-AB). En el Grupo 3 no se cuenta con descripciones claras sobre cómo están operativizando la implementación de los equipos de APS ni se especifica la cobertura que se está logrando con estos. En los países del Grupo 4, dicho proceso es un propósito.

3. Los centros de atención primaria que cuentan con equipos básicos de salud se han convertido en los principales centros de formación para profesionales que ejercen en la APS, en los países que tienen especialistas en medicina familiar como base de la puerta de entrada al sistema de salud. Canadá, España, Cuba y México (Grupo 1) han desarrollado centros de atención primaria que, además de funcionar como puerta de entrada, son centros de formación de médicos familiares y de otros profesionales de la salud que requiere el modelo. En Canadá están probando diferentes formas de organización de los equipos de APS y refieren 150 centros formadores acreditados para médicos familiares. España y Cuba estructuran el equipo básico con el médico y la enfermera de familia; el primer país con centros de salud y el segundo con el policlínico, y estos son los principales centros de formación. Estos centros han permitido progresivamente alcanzar la masa crítica del recurso humano requerido en un proceso que ha tomado como mínimo veinte años.

   Históricamente la creación de centros de puerta de entrada en España, Cuba y México estuvo asociada a la lucha conceptual por consolidar una organización que brinde a las personas un manejo integral, incluidos los servicios de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación. Una vez los consolidaron, este manejo integral ha podido ser compartido con estudiantes de pregrado y residentes de medicina familiar en formación. Se describen experiencias similares en Brasil y Pa-

raguay (Grupo 2), y en Argentina, Chile y Uruguay (Grupo 3). En estos casos, aparentemente se dan de manera aislada y no llegan a construir un patrón, lo que denota el camino por recorrer.

4. Existen experiencias innovadoras en formación de médicos familiares en Latinoamérica que pueden tenerse en cuenta para el caso colombiano. Estas surgen en un contexto donde se está desarrollando un modelo de prestación de servicios acorde a la atención primaria. En el Grupo 1, llama la atención la estrategia mexicana de realizar un curso semiescolarizado para reconversión de médicos generales en especialistas en medicina familiar. Esta estrategia, sumada a la residencia formal, le ha permitido avanzar a ese país hacia la consolidación de una masa crítica de profesionales. Está dirigida a médicos que ya tienen una población asignada y se forman sin tener que abandonar su trabajo, razón por la cual ha requerido el apoyo de becas para poder realizar rotaciones hospitalarias.

   Otras experiencias que se están implementando y se pueden consolidar son: 1) las alianzas de universidades con el sistema de salud, para que el modelo y el desarrollo de competencias sean consistentes con los servicios de atención primaria, como sucede en Uruguay y en Chile; 2) el desarrollo de estrategias pedagógicas a distancia, como las descritas en Brasil y Paraguay y las que se están dando en países del Grupo 3, como Argentina.

5. Se requiere un mayor desarrollo de las sociedades científicas de medicina familiar en Latinoamérica. De acuerdo con las experiencias de Canadá y España (Grupo 1), estas sociedades han tenido un rol importante en la educación continuada y la difusión de información científica entre los especialistas. Además, cuentan con procesos estables que incentivan la afi-

liación; de hecho, entre los dos países reportan cifras cercanas o mayores a los 20 000 afiliados.

En Latinoamérica, estas sociedades están en proceso de consolidación y no cuentan con cifras tan altas de asociados. A excepción de Costa Rica (Grupo 2), las sociedades científicas de los trece países iberoamericanos revisados tienen una página web. En México y Cuba (Grupo 1), Brasil (Grupo 2), Argentina, Chile y Venezuela (Grupo 3) cuentan o han contado recientemente con una revista de difusión. En varios países, estas sociedades son las encargadas de la certificación de los posgrados, como en los casos de Brasil, Argentina, Paraguay y Venezuela.

Las sociedades científicas de la especialidad en Iberoamérica aún no han logrado impactar de forma clara la decisión política para que los Estados consoliden modelos de organización acordes al desarrollo de la atención primaria ni que el médico familiar sea parte de estos, como lo indica el bajo porcentaje en los países donde el médico familiar es base del modelo. Existen avances en este sentido, por lo que se debe continuar fortaleciéndolos y trabajar conjuntamente, dentro de un marco internacional, para avanzar en este propósito.

4. Reflexiones acerca del caso colombiano

El sistema de salud en Colombia ha tenido logros importantes desde el establecimiento de la Ley 100 de 1993. Los principales se refieren a la reducción de riesgo financiero por eventos catastróficos en salud, el incremento en el acceso a servicios hospitalarios de alta complejidad y en la cobertura en seguridad social en salud, y una disminución importante en el gasto de bolsillo. Se han logrado avances sustanciales en indicadores como

tasa de mortalidad ajustada por edad, mortalidad (neonatal e infantil) y la razón de mortalidad materna. Sin embargo, estos logros presentan diferencias por regiones y son desiguales entre la población rural y la urbana; además, tienden a ser desfavorables en las etnias minoritarias, como los afrocolombianos y los indígenas. Estas diferencias o brechas son evidentes en el acceso a servicios de salud ambulatorios, especialistas y a servicios odontológicos, lo cual impacta diversos indicadores, como la percepción del estado de salud o la cobertura de cuatro controles prenatales.

Sin embargo, de otro lado, se ha privilegiado el desarrollo de servicios de segundo y tercer nivel con un uso inadecuado de los recursos, lo cual ha debilitado los servicios de primer nivel. Mientras la capacidad instalada del tercer nivel ha aumentado, en el primer nivel ha disminuido. Este último presenta limitaciones en la capacidad tecnológica, la cantidad, la pertinencia y la calidad tanto del personal como de la infraestructura.

Como alternativa de solución se buscó reformar la Ley 100 mediante la promulgación de la Ley 1438 del 2011 que plantea "[…] un modelo de prestación del servicio público en el marco de la estrategia de la Atención Primaria en Salud […]", que coordine las acciones del Estado, las instituciones y la sociedad. Estas acciones coordinadas no se han logrado, y se requirió la Ley Estatutaria en Salud o Ley 1751 de 2015, que consagra la salud como un derecho y al Estado como su garante. Con base en esta ley, la Resolución 426 del 17 febrero de 2016 estableció la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y como marco estratégico operacional, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS); también definió lineamientos para lograr esta acción coordinada, y responsabilizó de su implementación a las Entidades Territoriales y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, término que incluye a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En este escenario, el reto para Colombia es lograr la acción coordinada de estos múltiples actores a fin de establecer un modelo de prestación de servicios con adscripción poblacional, que facilite el acceso de

una forma más equitativa y cuente con equipos de atención primaria con una buena capacidad resolutiva. Este reto es mayor que el afrontado en Brasil, ya que esta acción coordinada entre el Estado federal, los estados y los municipios se implementó dentro del Sistema Único de Salud, con una descentralización progresiva, con pocos actores, si se le compara con Colombia. Además, el Estado define la contratación con los actores privados que no tienen un rol de aseguradores: solo se contratan para la prestación de los servicios.

En Colombia, se requiere llegar a un acuerdo social que concilie los intereses de las entidades, del régimen contributivo, del régimen subsidiado, de las aseguradoras (EPS) y las prestadoras (IPS) con los intereses de las Entidades Territoriales (que tienen procesos disimiles de descentralización) para asegurar el derecho a la salud de la población a cargo. Este acuerdo social implica crear una organización territorial que distribuya la población de equipos de salud y deje claro los incentivos (sobre todo los financieros) para generar la infraestructura y contratar los recursos humanos necesarios para desarrollar el modelo.

A 2017 las aseguradoras del plan contributivo no tienen una lógica de distribución territorial, y contratan servicios con IPS para que atiendan casi exclusivamente a su población que, por lo general, es numerosa. No tienen en cuenta la red pública en esta contratación, ni están articulados con las políticas ni con los programas de salud pública. Por su parte, los programas de salud pública de las Entidades Territoriales siguen una lógica de adscripción territorial, no están articuladas con la prestación de servicios de las IPS privadas y solo pueden cerrar el ciclo de detección de riesgos en 10 % de los casos con la prestación de servicios de las IPS públicas.

Otro reto es la definición del espectro de atención que tendrán los prestadores primarios y su capacidad resolutiva, particularmente en lo relacionado con las rutas de atención integral que se están definiendo. Será necesario determinar cuál porción o espectro de estas rutas serán asumidas por los especialistas en medicina familiar y cuál será la forma de evaluar

esta porción de forma integral e integrada, sin caer en la tentación de persistir fragmentando la prestación en servicios en la puerta de entrada del sistema. Esto será posible en la medida que se permita al especialista en medicina familiar asumir el reto, ya que para esto está siendo formado.

Unido a lo anterior, existe la necesidad de articular las experiencias de la implementación del nuevo modelo con las universidades, pues los esquemas de docencia-servicio con que cuenta el país son insuficientes. Por la participación importante de las universidades privadas, especialmente en Bogotá, se deben desarrollar esquemas innovadores en los que estas instituciones aporten o apoyen el acuerdo social necesario para implementar el modelo que vayan más allá del esquema de convenio docencia-servicio. Estos modelos por lo general se limitan a un acuerdo para que unos residentes roten por unos servicios, y las universidades pagan por ello una contraprestación que generalmente es un porcentaje del valor de la matrícula. Se requiere desarrollar unos servicios con características nuevas, con modelos de organización acordes a la APS y conformar centros de formación con características diferentes a la concepción de hospitales universitarios que tiene el país. En la medida en que se puedan establecer unas experiencias demostrativas del modelo, los centros de atención primaria resultantes de este proceso serán el principal centro de práctica o centros formadores para el desarrollo de la especialidad y para el desarrollo de la APS que quiere el país. Para todo ello, se necesitan nuevas fuentes de financiación.

En conexión con lo anterior, falta definir las características de calidad que deben cumplir estos centros de atención primaria y las correspondientes a los centros de formación en atención primaria. Adicionalmente, se necesita un esquema de indicadores para evaluar el desarrollo de la implementación del modelo en los diferentes municipios; entre ellos, la conformación de equipos, la adscripción poblacional, la presencia de especialistas en medicina familiar y de médicos familiares en formación

en los equipos, y la capacidad resolutiva. Para lograrlo, es imprescindible consolidar un sistema de información a fin de conocer las características y los indicadores en salud de la población a cargo.

El Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2012 y 2014, buscó consolidar las bases para fortalecer el sistema formativo hacia la atención primaria. Si los egresados de estos programas —incluidas la especialidad en medicina familiar para médicos y la especialidad en salud familiar para profesionales no médicos— no encuentran espacios para actuar en un contexto y condiciones gratificantes, el interés por la especialidad decaerá,

5. Futuras investigaciones

La información producto de esta investigación tiene un componente histórico acerca de la evolución de la especialidad en Medicina Familiar en trece países de Iberoamérica, lo cual constituye un esbozo del proceso. Esta es una historia en construcción y requiere, por tanto, ser actualizada constantemente con documentación adicional proveniente de fuentes confiables y la estandarización de las definiciones operacionales de las variables. Es relevante para cada país hacer seguimiento y actualización de variables, como el número de médicos familiares (reconocidos oficialmente) formados en el país o en el extranjero que están ejerciendo, el número de equipos de atención primaria que se han conformado y el número de especialistas en medicina familiar que hacen parte de estos equipos, el número de médicos familiares que desempeñan roles diferentes a las actividades propias de los equipos de APS, así como el número de médicos familiares en formación. Esta información podría consolidarse como parte del Observatorio de Recursos Humanos de la OMS y permitiría describir el proceso desarrollo en los trece países iberoamericanos revisados.

Los resultados obtenidos y relacionados en esta sección final podrían complementarse con investigaciones centradas en la organización de la

prestación de servicios de salud y en educación o formación de especialistas en medicina familiar. A continuación, se presentan algunas posibilidades.

a. Estudios de caso sobre características y parámetros de calidad de la organización y conformación de los centros de atención primaria, así como sobre el impacto financiero de establecer esta organización con equipos de atención primaria en los países que estén comenzando a desarrollar las experiencias. En relación con esto, sería conveniente tratar de establecer claramente cuáles son los parámetros con que se ha evaluado la capacidad resolutiva, cuál es la mejor forma de evaluarla, cuáles son las particularidades de cada país en su medición, y si existen diferencias respecto al tipo de especialista (especialidades básicas como pediatría, ginecología y medicina interna; especialistas en medicina familiar, médico general o médico general capacitado) y el equipo de salud.
b. Estudios de casos que describan a profundidad la conformación de los centros docentes de atención primaria, su organización y las características de sus procesos y esquemas de aseguramiento de la calidad. Para esto, las experiencias de España, Cuba, México, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay, Paraguay o cualquier experiencia en los diferentes países de Iberoamérica, pueden ser un referente a la hora de establecer los mejores parámetros para su evaluación.
c. Estudios acerca de las condiciones que hacen gratificante para el especialista en medicina familiar -además del salario- el mantenerse en centros de atención primaria y en zonas de población vulnerable dentro de las ciudades y en zonas rurales.
d. Estudios cualitativos y cuantitativos descriptivos acerca del establecimiento de las relaciones entre los especialistas en medicina familiar y otras profesiones, como enfermería y trabajo social, otras especialidades, como medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía, y subespecialidades, así como con médicos generales.

e. Estudios acerca de las competencias que deben desarrollar los equipos de APS en diferentes profesiones y especialidades, competencias que en ocasiones son comunes, y las estrategias pedagógicas para lograrlas.
f. Estudios acerca de las características de sistemas de información basados en la atención primaria con indicadores en salud que permitan evaluar cambios con la implementación de los centros de atención primaria y la participación de la especialidad en Medicina Familiar dentro de estos.

En este estudio hermenéutico, basado principalmente en los escritos encontrados acerca de los aportes que hace la especialidad en Medicina Familiar al desarrollo de la atención primaria, se hacen algunas propuestas dirigidas a mejorar la atención primaria en Iberoamérica con la participación de los médicos familiares. Si bien en Latinoamérica se identifica una progresión lenta hacia la implementación de la APS, existen avances concretos en cuanto a la normatividad en todos los países y a la organización de los servicios de atención primaria, aunque estos no se dan de manera uniforme.

La participación masiva del especialista en medicina familiar se ha limitado a tres de trece países analizados. Por tanto, los diez restantes deben seguir haciendo esfuerzos para demostrar lo que en Europa y Norteamérica es un hecho evidente: el especialista en medicina familiar es un recurso humano indispensable para el desarrollo de servicios de salud integrales e integrados que requiere la atención primaria en salud. Existe la necesidad de desarrollar estudios cualitativos y cuantitativos como los propuestos, dirigidos a la evaluación del desarrollo de servicios y de experiencias educativas, en lo posible, de investigación de desenlaces en salud, que documenten mejor la participación del especialista en medicina familiar y su aporte al desarrollo de la APS.

Finalmente, quisiera reiterar que las propuestas aquí presentadas responden a una perspectiva crítica. Si bien derivan de un trabajo metódi-

co juicioso y bien documentado, debe tenerse presente que este es un tema complejo que puede abordarse desde diversas miradas. Por lo tanto, este trabajo de investigación en su conjunto pretende, más que establecer una doctrina hacia un deber ser, abrir un espacio académico que motive el diálogo y la construcción conjunta sobre cómo mejorar los servicios de salud de nuestra región, con la convicción de que la especialidad en medicina familiar hace aportes significativos en la construcción de mejores servicios de salud, y de que estos servicios contribuyen a mejorar las condiciones de salud de nuestra comunidad.

Bibliografía

Anderson, M. I. P., Moral, M., Cuadrado, M. S., Meoño, T. M., Minué, S., Donato, R. *et ál*. (2016). Evaluación de la calidad en salud en la medicina familiar y en la atención primaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, *11*(supl. 2), pp. 26-36. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1389

Bass, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, *12*(11), e5571. doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571

Ceitlin, J. (2006). La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Atención Primaria*, 38(9), pp. 511-514.

Herrera, J. A. (2013). Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica. *Atención Primaria*, *45*(5), pp. 244-248.

Knox, L., Ceitlin, J. y Hahn R. G. (2003). Slow progress: predoctoral education in family medicine in four Latin American countries. Fam *Med*, *35*(8), pp. 591-595.

Suárez-Bustamante, M. A. (2008). La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *25*(3), pp. 309-315.

Lista de tablas

Tabla 5.1. Cobertura a la población de especialistas en medicina familiar de los países estudiados con una población asignada de 2000 personas 672

Listado de siglas generales

APS: Atención Primaria en Salud

CIMF: Centro Internacional para la Medicina Familiar; posteriormente Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Wonca: Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia

Aportes de la medicina familiar a la APS en iberoamérica:

revisión hermenéutica

1971-2016

Fue editado y publicado por la Editorial Universidad El Bosque

Agosto de 2019

Bogotá, Colombia

Este libro es el producto del trabajo conjunto entre la dirección del posgrado en Medicina Familiar, profesores y residentes, con el apoyo de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad El Bosque al elegirlo en convocatoria interna en el año 2012. El grupo de residentes en ese momento con la tutoría de los docentes revisó y organizó las experiencias de trece países de la región iberoamericana y la de un país comparador, Canadá. Basado en esto se identificó, se sistematizó y analizó el aporte que realiza la formación de especialistas en medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en Iberoamérica. Para realizar esto se revisaron 273 publicaciones de experiencias de los diferentes países que permitieran comprender los contextos de la formación de médicos familiares en los trece países revisados y en Canadá. Se puede concluir que la formación de especialistas en medicina familiar aporta al desarrollo del modelo biopsicosocial que propugna la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) y que los esquemas de la organización para la prestación de servicios en salud deben ser coherentes con la filosofía de esta estrategia para facilitar el trabajo de este recurso humano. En Colombia se requiere mejorar la organización de la prestación de servicios para tener unos mejores escenarios de práctica para la formación de estos especialistas.

ISBN: 978-958-739-172-5
9 789587 391725

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Editorial